CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

X CONGRESO NACIONAL. Santander, octubre 1996
"Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica"

EDITORIAL	
ALBERTO LASA ZULUETA	Inauguración del Congreso: "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica".
JESUS COLAS SANJUAN	Intervenciones terapéuticas destinadas a la recuperación de las funciones parentales.
VIRGINIA MORA FEBRES	El juego: pensamiento sin palabras.
ALICIA ETCHEGOYEN	Intervenciones terapéuticas en el embarazo y el puerperio.
EULALIA TORRAS DE BEA	Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes: la dinámica subyacente.
COLETTE CHILAND	El trabajo con los padres.
MARTA TOLEDANO RAMON	Intervenciones psicoterapéuticas breves en la latencia desde un área básica de salud.
CARMEN ORIOL LOPEZ-MONTENEGRO y PAZ PEREZ-YARZA SAN SEBASTIAN	Aprovechamiento psicoterapéutico de los recursos públicos: una experiencia.
	* * * *
BERNARD GOLSE	Autonomía y dependencia psíquica en la enfermedad somática grave
	* * * *
INDICE	De sumarios y autores del número 0 al 22

N.os 21/22 1996

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

Presidente:
Alberto Lasa Zulueta (Bilbao)

Vicepresidente:
María Angeles Fernández Galindo (Madrid)

Secretario:
L. Fernando Cabaleiro Fabeiro (Madrid)

Vicesecretario:
Ana Jiménez Pascual (Ciudad Real)

Tesorero:
Jaume Baró Aylon (LLeida)

Publicaciones:
Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Vocales:
Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Amparo Escrivá Catalá (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
María Carmen Navarro Rodero (Salamanca)

Director de la Revista:
Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Envíos:
Manuel Hernanz Ruiz
Heros, 19-6º dcha.
48009 Bilbao

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

X CONGRESO NACIONAL. Santander, octubre 1996
"Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica"

EDITORIAL		**5**
ALBERTO LASA ZULUETA	Inauguración del Congreso: "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica".	**9**
JESUS COLAS SANJUAN	Intervenciones terapéuticas destinadas a la recuperación de las funciones parentales.	**15**
VIRGINIA MORA FEBRES	El juego: pensamiento sin palabras.	**49**
ALICIA ETCHEGOYEN	Intervenciones terapéuticas en el embarazo y el puerperio.	**57**
EULALIA TORRAS DE BEA	Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes: la dinámica subyacente.	**83**
COLETTE CHILAND	El trabajo con los padres.	**105**
MARTA TOLEDANO RAMON	Intervenciones psicoterapéuticas breves en la latencia desde un área básica de salud.	**121**
CARMEN ORIOL LOPEZ-MONTENEGRO y PAZ PEREZ-YARZA SAN SEBASTIAN	Aprovechamiento psicoterapéutico de los recursos públicos: una experiencia.	**129**
	* * * *	
BERNARD GOLSE	Autonomía y dependencia psíquica en la enfermedad somática grave	**139**
	* * * *	
INDICE	De sumarios y autores del número 0 al 22	**155**

N.os 21/22 1996

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

Edita: Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y
del Adolescente

Imprime: Berekintza, S.L.
Heros, 7 - 48009 Bilbao

D. L.: BI-xxxx-97

EDITORIAL

Os presentamos los números 21 y 22 de nuestra revista "Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia infantil" corresponden al año 1996. En ellos se incluyen las ponencias y comunicaciones presentadas en el XIV Congreso Nacional desarrollado en Santander.

Con el presente volumen conseguimos un objetivo que todos deseábamos: la revista se "ha puesto al día" y ello permitirá introducir una serie de cambios que pensamos pueden ser interesantes.

Para cerrar esta primera etapa hemos elaborado un índice de sumarios y otro de autores que incluye todos los artículos, ponencias y comunicaciones publicados desde el comienzo de la revista, año 1985 número 0, hasta la actualidad, incluido este mismo número. Esperamos que os sea de utilidad.

A partir de este número comenzaremos una 2.ª época de la revista.

Tal y como se aprobó en la Asamblea General del 5 de octubre de 1996, nuestra publicación pasará a denominarse:

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Junto con una nueva portada, su interior estará diseñado de forma que incluya secciones fijas, tales como aportaciones en congresos, experiencias clínicas, reseñas bibliográficas, etc.

El cambio ha sido pensado para que los socios puedan disponer de más espacio para comunicar sus reflexiones y experiencias en el campo de la teoría y la clínica.

Es imprescindible, para que esta nueva etapa sea exitosa, vuestra colaboración a través de vuestras aportaciones.

El desarrollo de la nueva revista nos obliga a establecer ciertos criterios para la aceptación de originales. Sin ellos no sería posible mantener un ritmo de publicación estable y sin retrasos.

Es el deseo del Comité de Redacción y de la Junta Directiva, que esta nueva etapa sea un nuevo estímulo para aumentar el intercambio de conocimiento y experiencias que todos deseamos.

CRITERIOS DE PRESENTACION DE ORIGINALES

1. Los trabajos deberán ser inéditos o ir acompañados de un permiso de publicación en caso de haber sido publicados anteriormente.
2. Se presentarán mecanografiados en papel tamaño DIN A4 por duplicado y en soporte informática preferiblemente en Word, versión 6.0 ó 7.0 ó en formato standard (ASCII).
3. La primera página debe incluir a) el título, b) un breve resumen de 20 líneas en castellano, francés e inglés. c) De tres a cinco palabras clave para índices.
4. En la página final se incluirán: 1) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 2) Nombre de los departamentos a los que debe atribuirse el trabajo. 3) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.
5. Al final del trabajo se incluirá la lista de referencias bibliográficas, por orden alfabético, que deberán adoptar la forma siguiente:

    5.1. Libros: el apellido del autor, seguido de las iniciales de su nombre, año de edición, título del libro subrayado, lugar de edición y editorial, por este orden.

5.2. Revistas: el apellido del autor, seguido de las iniciales de su nombre, año de publicación, título del trabajo, nombre de la revista (sin abreviaturas) subrayado, número de volumen subrayado, y las páginas que comprende el trabajo dentro de la revista.

6. Las tablas, gráficos o dibujos deberán ir numerados correlativamente y se enviarán hojas aparte, indicando en el texto el lugar y el número de la tabla, gráfico o dibujo a insertar en cada caso. Los títulos y leyendas de las mismas irán en otras hojas, asimismo numeradas.

INAUGURACION DEL X CONGRESO: "INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS EN LA PRACTICA CLINICA*

Alberto Lasa Zulueta**

Una vez más abordamos, insistimos, en nuestro congreso, con temas relativos a la psicoterapia. Esta vez vamos a reflexionar sobre las aplicaciones de la psicoterapia en la práctica clínica cotidiana.

Conviene recordar que la psicoterapia sigue sobreviviendo pese a que ha sido muchas veces enterrada. No hace falta que yo les informe porque ya lo saben, la historia no es nueva, que algunos agoreros pronostican, otra vez (el último eminente, progresista y famoso hace quince días), el fin del psicoanálisis, y por extensión de la psicoterapia que en él se inspira.

Todos Vds. saben también que vivimos tiempos de generoso mecenazgo (para decirlo todo, generoso según para quién, esta Sociedad que llega a su X Congreso Nacional aún espera la primera subvención) por parte de poderosas empresas multinacionales del fármaco. Existe aún poca perspectiva histórica para poder demostrar la influencia que este mece-

---

* Conferencia Inaugural del X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

** Presidente de S.E.P.Y.P.N.A.. Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. Jefe del Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de Uribe. Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud.

nazgo ejerce en nuestra práctica clínica diaria. Pero sin duda en algún momento, y si no al tiempo, quedará claro que no solo está modificando la práctica psiquiátrica, sobre todo en el ámbito de los servicios públicos, sino también prostituyendo, y creo medir bien el término, los criterios con que se enjuician (ahora decimos se evalúa, la economía manda) los resultados y costes asistenciales y terapéuticos.

Es en este contexto en el que se dice que la psicoterapia es inadecuada, obsoleta, irrealista y hasta inviable, para las exigencias de nuestra práctica actual. Correrían, al parecer, malos tiempos, para quienes creemos en estas cosas.

Tampoco es ni nuevo, ni particularmente inquietante, la historia de la ciencia y con ella la del progreso de la humanidad, siempre pendular.

Aún a riesgo de parecerles atacado por una crisis de optimismo yo creo, y espero que en este congreso lo comprobemos, que corren buenos tiempos para la práctica de la psicoterapia.

Y no solo porque nuestras autoridades le reconocían recientemente el carácter de prestación sanitaria y por lo tanto oficialmente ofertada por los servicios públicos de salud. Declaración un tanto demagógica, porque olvidaba decir quienes y donde pueden responder a tal demanda, y sobre todo olvidaba prever sus implicaciones económicas, pues hay poco dinero y la salud mental, en general, y la de niños y adolescentes en particular, no están en la lista de prioridades sanitarias (con la sola excepción, quizás, de la toxicomanía).

Este reconocimiento por parte de entidades sanitarias, aseguradoras etc., ha reactivado cuestiones relativas a la ordenación profesional de la práctica de la psicoterapia.

La cuestión no es nada baladí, porque está en juego, ni más ni menos, primero quién será reconocido y por lo tanto pagado como psicoterapeuta, y segundo, quién reconocerá y

definirá los conocimientos técnicos (maldita palabra) adecuados y requeridos para ello. (Y en otro lugar, en nuestra Asamblea, podremos informarles de la evolución actual de las cosas, y de nuestra participación en los movimientos organizativos que han surgido en diversas asociaciones profesionales).

Surge con todo ello, un nuevo motivo de optimismo, la oportunidad de reclamar para la psicoterapia el lugar que le corresponde. Y para lograrlo, nos importa muy mucho el que la formación de los psicoterapeutas y el carácter de actividad terapéutica seria, responsable y eficaz, quede a salvo de cualquier duda, o al menos de las dudas razonables, porque de las interesadamente malintencionadas es imposible. (En esta línea S.E.P.Y.P.N.A. sigue avanzando en el desarrollo de actividades de formación).

Como nuestros asociados saben los estatutos de S.E.P.Y.P.N.A. declaran nuestra intención de promocionar el conocimiento de nuestra realidad asistencial y de, si nos dejan, tratar de influir en el proceso de su planificación. Y también la de potenciar la psicoterapia de orientación psicoanalítica, así como otras actividades y orientaciones psicoterapéuticas.

Si yo recuerdo nuestros estatutos no es solo para subrayar la sintonía con ellos del tema elegido para este congreso. Lo hago también porque en estos momento en que es posible una revalorización de la psicoterapia en general, hay que decir también que son momentos de río revuelto, y de ganancia de pescadores. Quiero decir que, bajo un clima de reivindicación igualitarista de todas las psicoterapias, puede quedar diluida la especificidad de las que tienen una identidad propia.

Tendremos pues que estar atentos a definir y a reivindicar la especificidad de lo que consideramos una psicoterapia seria y bien fundada. Fundada en una teoría del funcionamiento mental, y por tanto de la psicopatología, y en el conocimiento de los condicionantes, biológicos familiares y sociales del desarrollo de niños y adolescentes. No estamos pues por cre-

ernos en la posesión del único útil terapéutico, pero tampoco por aceptar que es terapéutica cualquier cosa, se le llame como se le llame.

Mencionar la necesidad de definir qué es psicoterapia, qué es terapéutico y por qué (cuáles son los factores de cambio que modifican el funcionamiento psíquico) no es tarea sencilla. Y aunque cobre de nuevo actualidad (Congreso de Venecia 1996), tampoco es del todo nueva.

En una revisión reciente para una trabajo académico he podido comprobar que ya en 1977 (WOLBERG) un sesudo trabajo recogía hasta 36 definiciones de psicoterapia. Todavía antes otro trabajo (REISMAN, 1971), clasificaba las definiciones en cuatro tipos (objetivos, tipos de procedimiento psicológico utilizado, características de los profesionales, tipo de relación interpersonal). Ven que el tema es complejo y si cito algunas de las cuestiones que suscita es sólo para introducirles en un debate abierto a otras muchas cuestiones.

En cuanto a la situación contemporánea, vista desde su evolución histórica, se caracteriza por:

1. La permanencia (y renovación?) de las técnicas pre-psicoanalíticas (desde la hipnosis-sugestión a las técnicas de verbalización catártica; de la psicoterapia moral y la educación de la voluntad, a las terapias racionales y de counselling).

2. Extensión de las aplicaciones del psicoanálisis (situaciones, edades, modalidades).

3. Nuevos métodos no (en principio así se autodefinen) derivados del psicoanálisis. (Existenciales, Fenomenológicas, Rogeriana, Conductista ahora Cognitivo-Conductual).

A modo de aperitivo que abra el debate yo les diré que al menos en algo coinciden todas las definiciones de psicoterapia:

- Una relación terapéutica que utiliza procedimientos psicológicos.
- Con aplicación de conocimientos técnicos profesionales.
- Y con un objetivo voluntariamente aceptado.

Como ven escasas certezas que inmediatamente suscitan nuevas cuestiones. Por ejemplo y entre otras:

¿Qué es lo que establece la continuidad relacional? ¿Pasa siempre ésta por compartir experiencias simbolizables a través del lenguaje?

¿Puede haber "técnica" sin una teoría del funcionamiento mental normal y patológico? ¿Puede basarse en varias teorías? ¿Puede aprenderse la psicoterapia como cualquier otra técnica?

¿Se puede saber de antemano qué es lo que realmente implica esta aceptación, y se puede calificar de "voluntaria"? Dada la diversidad de objetivos posibles (desde el sufrimiento propio de la patología psíquica o psicosomática hasta la superación de dificultades interpersonales y el mejor conocimiento de sí-mismo), ¿caben todos dentro de la definición? ¿caben dentro del espacio profesional y asistencial en que se aplican? (¿Se puede definir qué es psicoterapia olvidándose de los recursos (asistenciales en lo público-personales en lo privado) que la hacen posible o imposible?)

Afortunadamente no tengo que responder a estas y otras cuestiones y, también afortunadamente contamos, como en otras ocasiones con ponentes que reúnen una gran experiencia clínica y que además han reflexionado mucho sobre ella.

Antes de darles paso, y para terminar, yo sí quería comentarles mi mayor motivo de optimismo en cuanto al futuro de la psicoterapia. Y además matizar, para tranquilizar a muchos presentes en esta sala, a quienes quizás ya haya irritado con tanto optimismo, que también como ellos me quejo a diario de

no tener medios para ofrecer un mínimo de recursos psicoterapéuticos a muchos que sin duda podrían beneficiarse de ellos. Que no se me enfaden porque a todos nos une el esfuerzo para tratar de desarrollarlos y la insistencia en reclamarlos.

Pero lo que sin duda nos une es que quienes practicamos la psicoterapia tenemos unos aliados fieles e inasequibles al desaliento.

A través de modas o imposiciones, mientras el crecimiento consista en un sucesión de conflictos a superar, con placeres confesables e inconfesables, y con sufrimientos banales o insoportables. Es decir, siempre.

Mientras la vida sea vida, y mientras los padres sean padres. Es decir siempre.

Mientras los niños sean niños siempre estarán dispuestos a hablar con quien este dispuesto a escuchar y sea capaz de entender. Siempre habrá niños, y adolescentes, y padres que fueron ambas cosas, que necesitan esta alianza.

Mientras podamos proporcionales el espacio de intimidad y de escucha que, siempre y contra cualquier dificultad, continuarán necesitando y buscando, tendremos futuro. Es la privacidad que esta intimidad exige la que hace nuestra fragilidad y nuestra fuerza.

Mientras seamos capaces de recordar que fuimos niños (y yo no sé si esto se aprende) no nos faltará ni trabajo, ni diversión. Por eso soy optimista en cuanto al futuro del psicoterapeuta.

Que Vds. lo vean. Les deseo un fructífero y, ¿por qué no?, también, divertido congreso.

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS DESTINADAS A LA RECUPERACION DE LAS FUNCIONES PARENTALES*

Jesús Colás Sanjuán**

Es una obviedad para los que trabajamos con niños, el tener que tomar en cuenta a los padres. No solo para recoger datos biográficos del niño y de los propios padres: desarrollo evolutivo, organización de la crianza, relación fantasmática, etc., sino a la hora de diseñar una estrategia terapéutica, valorar la manera, el grado y la intensidad de la implicación parental en la sintomatología del hijo, y por tanto en el tratamiento.

Partiendo de que la demanda generalmente es referida al hijo, que expresa un sufrimiento psíquico, o manifiesta unos síntomas que llevan a los padres a pedir la consulta. Resulta complicado para mi elaborar unas hipótesis en las que se articulen espacios mentales diferentes: el del propio niño, cada uno de los padres, la pareja parental, la unidad familiar y los espacios externos (escolar, médico, social...). Pienso que fruto de esta interacción emergen unos síntomas que son con los que nos llega el niño a consulta.

Los profesionales nos movemos relativamente cómodos con la psicopatología del niño, existen ya unos criterios diag-

---

* Ponencia presentada en X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

** Psiquiatra Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Ayuntamiento de Santander.

nósticos, unas indicaciones terapéuticas, etc. Pero entramos en un terreno brumoso, donde faltan muchas referencias tanto conceptuales como técnicas, cuando tomamos contacto con los padres, su propio espacio y el espacio de la relación entre ellos y con su hijo. Me surgen dificultades derivadas de los propios padres, pueden disociar o reprimir inconscientemente o, callar conscientemente información, creyendo de buena fe que no tiene relación con la problemática del hijo; otras derivadas de mi mismo, ¿hasta dónde puedo llegar a investigar sobre ellos cuando la demanda no es por ellos?, ¿cómo plantearlo sin sentirme un invasor de una intimidad que no se me ha ofrecido desvelar? ¿Me excedo o me quedo corto?

El nuevo espacio que se está creando entre los padres y yo me ha expuesto a contestaciones cortantes y defensoras de su intimidad, como en otras ocasiones sentir que debía haber ahondado un poco más.

Todo ello añade más dificultad a la hora de articular espacios diferentes, para diseñar un abordaje terapéutico.

Los que trabajamos en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, tenemos dificultades añadidas y también alegrías, relacionadas en articular los espacios mencionados, con el de otros profesionales, fundamentalmente educadores y médicos.

Lo expongo, porque su importancia a veces es esencial.

Sin querer entrar en un desarrollo teórico, si creo necesario mostrar las referencias conceptuales y por tanto los modelos teóricos que me han ayudado a entender las situaciones clínicas que luego mostraré, permitiéndome posteriormente tomar decisiones terapéuticas, en el terreno ya de la práctica clínica.

Inicialmente a Winnicott con sus ideas del ambiente facilitador (madre, padre, la unidad familiar), extendiéndolo al ambiente externo (escolar, social). Ideas en las que pone el énfasis en la importancia, para el desarrollo tanto somático como

psicológico (psiquesoma), de un ambiente suficientemente bueno. Son ideas ampliamente conocidas, pero cuyo alcance para mi es relativamente reciente, cuando redescubrí en nuevas relecturas ideas en las que menciona a los padres, como terapeutas (caso Piggle), o insiste en la importancia de un ambiente sostenedor para que el niño prosiga espontáneamente su potencial evolutivo.

Otro autor es Bion con sus ideas de la función reverie de la madre y la relación continente-contenido. Incluyendo todas las funciones de contención parentales indispensables para el desarrollo de un espacio psíquico en el niño.(Función alfa).

Finalmente un grupo de autores franceses. Agrupados, unos en la escuela psicosomática de París (Marty, Kreisler...) con sus ideas sobre la función del preconsciente, y las consecuencias de su fracaso a través del pensamiento operatorio y sus manifestaciones psicosomáticas.

Otros como Diatkine, Levobici, Gutton, Anzieu, Manzano y Palacios entre otros. Con sus ideas sobre la relación fantasmática, intervenciones con la presencia de madre y/o padre con el hijo, así como la interrelación entre las funciones psíquicas en el contacto corporal y el desarrollo del yo-piel.

Los años de trabajo y las ideas de otros autores me han ido llevando progresivamente a una actitud más cuidadosa en mis indicaciones terapéuticas, con los niños. Desde una posición inicial centrada inicialmente en tratar al niño, sintiendo a los padres que tenía que atenderles por obligación, y percibiéndoles como un estorbo; hasta la posición actual en la que intento ubicar al niño en su contexto familiar.

Considero importante resituar a los padres, no sólo como responsables de sus hijos, sino como elementos fundamentales de los que dependen sus hijos para su progreso o recuperación psíquica. Unido a ello desconfiar de actitudes técnicas, demasiado intervencionistas, con el riesgo de psicologizar o

psiquiatrizar una situación, que puede interferir o dañar las capacidades parentales sanas de cuidar, entender y hacerse cargo de unos hijos. Capacidades que fácilmente, con la complicidad de los profesionales, pueden delegar los padres en los técnicos, estableciéndose una relación dependiente y perversa.

Esto me ha llevado a buscar en la entrevista inicial, generalmente con los padres, elementos que me permitan detectar las funciones sanas de los padres, así como las capacidades sanas del hijo.

La angustia de los padres, muchas veces acrecentada por las noticias de los medios de comunicación; otras por lo que les dice un familiar o vecino y otras por una inoportuna o mala intervención de un profesional sanitario o educador; como digo, ésta angustia contamina la información que transmiten, mostrándote frecuentemente al hijo en función de como le están "viendo" y culpándose ellos entre sí, o hacia alguien externo de la situación.

Es fácil que nuestra tendencia investigadora para detectar conflictos, enganche en este discurso. De ahí la importancia, a mi juicio en esa primera entrevista de crear un espacio para que los padres reflexionen sobre sí mismos y el hijo, pudiendo rescatar en esos momentos aspectos, capacidades, sentimientos que permanecían ocultos, negados, para ellos mismos. Compartiendo la idea de muchos autores del efecto y valor terapéutico de esa primera entrevista, que a mi juicio es fruto de poder contener la angustia inicial con la que llegan los padres y permitirles y ayudarles a ver sus cosas desde otra perspectiva.

Poder ver los padres la situación de otra forma, introduce un nuevo espacio en la relación con el hijo, espacio que permanecía oculto, disociado y negado; esta nueva situación permite que el hijo se sienta reconocido en cualidades, capacidades y necesidades que hasta entonces estaban ciegas

para los padres; permitiéndole integrarlas y proseguir su desarrollo mental.

En esta entrevista intento detectar el grado de organización del síntoma, fundamentalmente diferenciar si es expresión de una conflictiva interna ya estructurada. O por el contrario es permeable a la acción del entorno familiar y social. Intento averiguar la capacidad del niño para estar solo, con sus juegos, hobbies o actividades de disfrute. Su capacidad de relación social y de vincularse emocionalmente. Su rendimiento escolar. Cambios en el entorno inmediato del niño o niña, tanto familiar (enfermedades, conflictos de pareja, problemática laboral...), como escolar (cambio de profesores, de ciclo, colegio, alumnos), o médicas del propio niño.

Las capacidades y funciones parentales, a mi juicio, son expresión y consecuencia del funcionamiento de su propio espacio psíquico. Con este criterio he ordenado las situaciones que pueden interferir en los padres, así como mi experiencia en su abordaje.

SITUACIONES QUE PUEDEN INTERFERIR EN LOS PADRES, Y SU ABORDAJE

A) Espacio psíquico de los padres, interferido por situaciones externas

Incluyo aquí diferentes situaciones que impiden a los padres entender, a su hijo, poder comprender la relación causal entre la situación y las respuestas emocionales, comportamentales y somáticas del hijo.

Estas situaciones pueden ser:

1) Sociales

Me refiero a un fenómeno de tipo ideológico o de moda social, mezclado con una cierta competitividad parental (ser el

mejor padre, tener el hijo más brillante…). Junto a un buscar satisfacer en los hijos deseos suyos, insatisfechos. Unido a una angustia en los padres de preparar y capacitar a los hijos ante el futuro.

Todo ello lleva a un ritmo de trabajo fuera de las horas lectivas, donde el niño está estudiando música, danza u otra actividad artística. Algún idioma, actividades deportivas (fútbol, balonmano, judo, karate...), clases particulares, etc. Estas actividades a veces ocupan todo el tiempo de ocio disponible de la tarde. Llegan los niños a casa, tienen que hacer los deberes, estudiar, cenar, e ir a la cama.

Los casos que he visto, consultan porque el niño metido y presionado en un ritmo, que no respeta sus necesidades de juego, de tener tiempo para él y con sus amigos, empieza a mostrar una sintomatología que yo llamo "huelga de brazos caídos", forma de expresar su protesta, junto a una apatía y desinterés, generalmente escolar, con fracaso en su aprendizaje. Manifestaciones que a veces se repiten en la casa.

Sintomatología depresiva, estando contraindicado para mi, un abordaje del niño, puesto que la causa no depende del funcionamiento de su mente, sino reactiva y secundaria a un medio inadecuado.

Al hablar con los padres busco que puedan ponerse en el lugar del hijo. Recordar su propia infancia y la importancia del tiempo de juego, que les permita salir de esa exigencia inducida, para poder empatizar con las necesidades del hijo e introducir cambios en su actitud que en el seguimiento posterior se reflejan en unos cambios en el niño o niña.

Evidentemente existen otros padres, que no pueden modificar su actitud durante la entrevista, expresión de una conflictiva personal trasladada al hijo, necesitándose otro abordaje terapéutico con los mismos objetivos.

2) Profesionales médicos.

Es una experiencia habitual en todos los niños el uso del cuerpo y de sus funciones como vía de expresión de un conflicto emocional.

Con relativa frecuencia estos niños son atendidos exclusivamente en un plano físico, son medicados o entran en el circuito de exploraciones, estudios que a veces llegan a hospitalizaciones y propuestas de intervenciones quirúrgicas, como he comprobado en mi experiencia.

El factor temporal y la yatrogenia hacen más complicado su abordaje.

Mi impresión es que frecuentemente el uso de fármacos interfiere al niño, en sus capacidades de expresión emocional, uso de capacidades yoicas y de manejo lúdico de la experiencia. Así como también interfiere en los padres, impidiéndoles tomar en cuenta el espacio emocional, intuitivo y empático de ellos para conectar y ayudar a su hijo.

Les hablaré de un niño varón de 2 años y diez meses cuando los padres me piden consulta. Personas cultas con sensibilidad por el mundo emocional.

Después de un accidente de tráfico que sufrieron yendo el niño con ellos, hace 3 meses, aparece un progresivo deterioro del niño; tartamudez, tic, miedo y llanto por la noche, terrores a separarse de los padres, preguntando a donde van los padres, enuresis secundaria, desasosiego, ansiedad, y una incapacidad para jugar.

El pediatra les recetó un sedante. El padre ha observado que tomando el medicamento, la sintomatología iba en aumento, mientras se tranquilizó algo durante el descanso de unos días entre el primer y el segundo frasco.

Tiene dudas si debe continuar con el medicamento, no atreviéndose a decidirse por no enfrentarse a su médico, per-

sona con la que tienen una buena relación, esperando a comentarlo conmigo. En los días que no lo ha ingerido me refieren “ya no está tan trabado, ni tartamudea tanto ni está tan inquieto”.

Me cuentan que en estos meses “no han podido tomar mucho en cuenta al niño”, por la hospitalización del padre que quedó herido en la cara, los trámites legales y la afectación emocional parental. Algo que va gradualmente cambiando en estas semanas. Percibo al padre que intenta ayudar al niño a poder hablar sobre el accidente.

“Se acuerda de todo”, me dice el padre”, “me he dado cuenta que el niño tiene mucha información”.

Incluso el niño desdice al padre cuando este comenta que les llevaron a todos en ambulancia, cuando en la realidad el niño fue llevado más tarde por la policía, separándoles durante unas horas.

Desde hace pocos días el niño juega a las ambulancias, se ha atrevido a tocar las cicatrices que tiene el padre en la cara. Notándole algo más calmado últimamente.

Durante la entrevista percibo una buena capacidad en los padres, sobre todo en el padre, de empatía con el hijo, de acompañarle y ayudarle a expresar lo que sintió, a poderlo hablar, de ser capaz de observar la interferencia de la medicación y querer suspenderla. Les noto preocupados, angustiados y buscando una referencia que les ayude a entender lo que le pasa al hijo y sentirse capaces de ayudar al niño.

Decido no ver al niño, intentando ayudar a los padres a entender lo que está pasando, para poder ellos contener mejor el impacto emocional que para el niño ha supuesto el accidente, ayudarles a estar en condiciones de acompañar, facilitar y poder verbalizar a través de la relación y el juego con el hijo lo que el niño pudo sentir, imaginar o pensar.

Pasado un mes me informaron que el niño sigue mejorando.

“Está más tranquilo y contento. No ha tenido los miedos de que le pase algo al padre”.

Los padres se sienten mejor, menos angustiados, durante la entrevista les noto relajados y sonrientes. Me dice la madre que ahora la reclama más a ella, antes tenía “papitis”.

Ha recuperado la autonomía esfinteriana. Ha mejorado en la tartamudez, salvo momentos en los que se le pide deprisa las cosas o se le riñe. Duerme bien, juega con animalitos de juguete y le gustan los cuentos con imágenes de animalitos, llevándose a la cama estos cuentos.

Tres meses después se mantiene la mejoría. Ha empezado a ir unas horas a una guardería, necesitando llevarse algún juguete con él, tolerando aceptablemente esta situación. Me informan de sus jugueteos con el edredón de la cama, sobándolo para dormirse. Durmiendo bien.

En estos momentos les planteo el alta aceptándola los padres y mostrando su agradecimiento.

Creo que a los padres les tranquilizó, que yo como médico, no sólo no descalificase su decisión de querer suspender la medicación, sino que además la apoyara. Yo sentía que lo mejor que podía hacer era no interferir en la relación parental.

La vía de expresión mental, con el uso de las capacidades de expresión simbólica (juego, la palabra), están supeditadas a la existencia de un marco contenedor que las sustente (Relación continente-contenido de Bion). Este marco contenedor en el niño depende de la propia capacidad continente parental. Marco que contenga las emociones que el niño, por sí mismo, no puede contener.

La pérdida de esta capacidad parental, supone una pérdida traumática para la mente del niño que le aboca a la desorganización y a la búsqueda de una vía regresiva, como puede ser el cuerpo y sus funciones.

Mi papel fue de apoyo y de contención de la angustia de los padres, afianzando sobre todo en el padre la función que él espontáneamente estaba ya realizando.

3) Profesionales de la educación

Las vicisitudes por las que pasa un niño en un centro escolar son múltiples. Unas dependen de sus propias dificultades por el momento evolutivo y los conflictos inherentes. Otras tienen relación con elementos que dependen del sistema escolar: cambios de ciclo, que supone cambiar un profesor de referencia a tener 5 profesores, la personalidad del educador y la relación que se establece con el alumno, la relación con el resto de los compañeros etc.

Las respuestas emocionales inevitables y normales del niño en el contexto escolar la mayor parte de las veces son entendidas y manejadas por los educadores y los padres. Sin embargo otras veces nos puede llegar como síntomas depresivos manifestados a través de inhibiciones, fracaso escolar y trastornos del comportamiento.

En estos casos la mala respuesta de los educadores, expresión de su poca capacidad de entender y empatizar con las dificultades del niño, suele llevar a actitudes hacia el niño que agravan su situación personal. Así como justificar su proceder atribuyendo al niño "Algún diagnostico", generando una ansiedad añadida en los padres, que empiezan a fantasear a su hijo enfermo mental, predelincuente o vago.

De forma resumida presentaré dos ejemplos.

El primero un chico de 8 años y medio, consultan por consejo del psicólogo escolar por mal comportamiento en clase, queja de los profesores, que le han castigado cambiándole de sitio y colocándole atrás, junto a mal rendimiento escolar. No tiene amigos estables en el colegio. Los padres vienen preocupados, sintiéndose presionados por las frecuentes llamadas

de los profesores quejándose del mal comportamiento. Esto ha generado una dinámica en casa hacia el chico de crítica y exigirle un cambio en su actitud.

Llamativamente, en casa su conducta es bastante normal, responsable de sus cosas personales. Tiene amigos en el barrio, juega, integrado en un equipo de fútbol. Me entero que este curso cambió de colegio, en el anterior rendía escolarmente bien y su conducta era buena. Tras preguntar a los padres qué opinan del cambio de colegio, cambia el tono quejoso y crítico hacia el hijo y pueden hablar de forma más afectiva y cercana, planteándose que quizás el hijo tiene dificultades para adaptarse al nuevo colegio, que es más exigente que el anterior. Esto les permite hablar de su hijo rescatando sus cualidades, hablando de su forma de ser y de sentir. Les comento que no creo que sea necesario ver al hijo, quedo en verles 3 meses después. Posteriormente me informan que el hijo ha mejorado en el Colegio, a veces parece llamar la atención, ha mejorado el rendimiento escolar. Hablaron con los profesores después de mi entrevista y también ha cambiado su actitud hacia el niño. Les di el alta.

En este otro caso, los padres están preocupados por su hijo de 7 años, a causa de su conducta agresiva. Parece que está descontento en el Colegio, en casa, y con los hermanos. “Parece buscar que perdamos la paciencia y le peguemos un cachete. Algo parecido debe de ocurrir en el Colegio”. Ha vuelto a orinarse por las noches.

Los comentarios que han recibido los padres de la tutora y el psicólogo escolar, les hace creer que algo le ocurre al niño. Me llama la atención que llevando este niño en este colegio desde hace 3 años, ha empezado su sintomatología coincidiendo con el inicio del curso y tener nueva profesora. Preguntándoles sobre ello, van tomando en cuenta datos e información que no habían visto importantes como son, que el niño desde el principio se ha quejado de la profesora, por su trato,

y sentir miedo hacia ella. La madre comenta que es una profesora mayor que parece tener poca paciencia y ser exigente. A lo largo de la entrevista va surgiendo en los padres la idea de intentar cambiarle de grupo en el mismo curso, con otra profesora que es más joven, para lo que hablarán con el Director del Centro. Por teléfono me confirman que lo han conseguido. Pasado un mes con la nueva profesora, los padres me comentan que el niño va cambiando, va contento al Colegio, tiene interés por aprender, alegrándose de sus progresos, "parece que tiene ganas de ser mayor", ha disminuido la frecuencia de la enuresis. Les doy el alta.

Me viene al recuerdo niños sobre los 11 ó 12 años con problemas de aprendizaje, comportamentales y rechazo al estudio, coincidiendo con el cambio del 2.º al 3.er ciclo, dejan de tener un profesor tutor de referencia y encargado de todas las asignaturas, pasando a tener 5 ó 6 profesores, uno por asignatura. Es de suponer que estas dificultades de adaptación pueden aumentar con la E.S.O puesto que también estos niños cambian de Centro al pasar a un Instituto. Otras veces el conflicto tiene relación con algún compañero del Centro, que lidere la clase o un grupo dentro del Colegio. Son circunstancias importantes a tener en cuenta.

A veces los padres sienten la necesidad de que, a pesar de haber hablado con ellos, vea a su hijo, tras reflexionar con ellos sobre esta demanda suelo acceder, quedándose tranquilos.

En todos estos casos el cuadro clínico del niño, por muy aparatoso que pueda ser, lo entiendo como algo reactivo. Buscando restituir el marco mental en los padres, que les permite un espacio psíquico en ellos y hacia el hijo para que juntos puedan resolver la situación y aprender de esta experiencia, como diría Bion, evitando ser interventivo.

A veces no ha sido suficiente, necesitándose mi ayuda más psicoterapéutica hacia el niño.

B) Espacio psíquico de los padres alterado por conflictiva emocional propia

En este apartado considero importante en la sintomatología del hijo la implicación emocional de alguno de los padres o ambos. Algunos de los niños estaban en tratamiento psicoterápico, permitiéndome observar la interrelación entre los cambios que pudieron dar los padres y sus hijos.

Ciñéndome al objetivo de la Ponencia dejaré de lado aspectos relacionados al proceso psicoterápico del niño o niña. Incluso al aspecto técnico que puede ser controvertido de compaginar el mismo profesional la psicoterapia del hijo y el abordaje psicológico de los padres. Comentaré mi forma de verlo y de manejarlo.

1) Situaciones de duelo

Las dificultades parentales para tolerar las emociones de dolor, tristeza, así como la ambivalencia que una pérdida inevitablemente hace sentir, puede influir de forma clave en el hijo. O bien porque su propio espacio psíquico los padres se lo niegan para evitar sentir, impidiendo el reconocimiento en el hijo de su propio espacio psíquico, con todos sus deseos, necesidades, emociones etc. O porque el hijo se hace cargo de las emociones negadas de los padres, convirtiéndose en una especie de portavoz. Otras porque el dolor es tan intenso en alguno de los padres o ambos que el niño/niña no puede permitirse mostrar sus propias emociones y necesidades, percibiendo la gran fragilidad mental de ellos, no queriendo generarles más sufrimiento o sintiendo que no hay un espacio afectivo adecuado para mostrarse.

Mostraré brevemente algunos ejemplos. El primero consultan los padres, por su hija de 13 años, la menor de tres hermanas. A causa de mal rendimiento escolar. Ha suspendido todo. Mal comportamiento en la clase, no estudia, no atiende,interfiere cantando o comentando que porqué no se casa

con ella el profesor. Comentarios a algún profesor ¿me dejas que te toque el culo?

En casa es una chica muy abandonada con sus cosas. Busca que la madre se enfade para hacer sus tareas. Se comporta de forma poco responsable, como una niña pequeña. Esta situación conduce a que ella mienta para evitar la crítica o el castigo.

La menarquia la tuvo hace 2 meses, observando que desde entonces se ha incrementado esta situación. La madre habla de su angustia, preocupada por la hija, que es demasiado inocente y desde la menarquia más irresponsable. Preguntándoles que les hace pensar la relación de la menarquia con todo lo que me cuentan. La madre cambia algo de actitud, comenta que desde que habló con la hija "Para mostrarle la realidad que no se puede decir todo a los chicos", desde entonces algo ha cambiado. Sigue reflexionando diciéndome "que ella no ha tenido con su hija conversación de mujer, comparándolo con las otras dos hijas mayores". Apartándola de los temas de mujeres, en un tono triste añade, "no dándome cuenta que ya no es una niña".

En seguimientos telefónicos me informa la madre del cambio de la hija, mejorando y responsabilizándose de sus cosas.

La tristeza inevitable de perder a su niña, que se va haciendo mujer, era negada por la madre, negando a la hija el acceder al nuevo espacio femenino. Presionada la chica por el despertar puberal y sexual, le generaba conflictos que pudieron encauzarse cuando la madre reconoció sus propias dificultades y dio acceso a su hija a ser reconocida como mujer. Durante la entrevista posibilité que la madre pensará sobre sí misma, tomara en cuenta su propio espacio como madre y sintiera la tristeza inevitable. Creo importante que se pudo rescatar algo que la madre intentó hacer cuando habló con su hija de la realidad, puesto que algo cambio su hija, pero insuficiente al faltar el componente emocional de tristeza en la madre, que sí pudo sentir durante la entrevista.

En otras situaciones el niño puede ser el portavoz del duelo no reconocido y negado por los padres. Lo ilustraré con el caso de un niño de 2 años y 3 meses. Durante la entrevista con los padres y el pequeño relatan que desde la muerte del abuelo materno hace dos meses se da cabezazos en objetos duros. (pared, muebles, suelo), está muy irritable, por la noche duerme mal o también se da cabezazos, come muy mal en casa, en la guardería sin embargo come normal y su comportamiento es el habitual.

Comentan que vivían con los abuelos maternos, requiriendo atención el abuelo por sufrir una trombosis cerebral hace 10 años, necesitando una silla de ruedas, y estar muy limitado. El niño ahora pregunta por el abuelo y al volver a casa va al salón, donde habitualmente estaba el abuelo, "siempre estaba" dicen. "Estaba muy acostumbrado al abuelo".

En este momento el niño que hasta entonces estuvo tranquilo, de pie, apoyado tanto en la madre como en el padre, empieza a moverse por el despacho.

Preguntando sobre las circunstancias de la muerte del abuelo, me entero que fue inesperada por una complicación respiratoria secundaria a una gripe, muriendo en el hospital al segundo día del ingreso.

El niño sigue moviéndose por el despacho y va despertando la inquietud de la madre.

Pregunto como lo ha llevado la familia, la madre se calla, interviniendo el marido por primera vez que no le parece normal que hayan quitado las fotos del abuelo, no hablen de él su mujer con la abuela materna. Cuando pregunto a la madre qué piensa sobre lo que dice su marido, la noto muy afectada, los ojos llorosos, dice que no puede llorar.

En ese momento el niño se revuelve, dice algo, y va corriendo hacia la madre dándola un cabezazo en el costado, abrazándose a sus piernas.

Pudo hablar de sus sentimientos por su padre, lo inesperado de su muerte. Comentó que su hijo parecía intuir algo, porque la noche anterior al ingreso hospitalario del abuelo, el niño quiso entrar en su cuarto y durmió mal. Lloró algo. El niño permanecía tranquilo al lado de ella, cogido de su pierna, mientras hablaba y se enjugaba las lágrimas.

Les comenté que entendía que para evitar sufrir, evitaban hablar del abuelo o hubiesen retirado sus fotos, relacionando ese dolor que evitaban sentir con el dolor del hijo y el daño que se hacia en la cabeza al darse los cabezazos y el resto de su sintomatología.

Un mes después, comenta la madre que en casa pueden expresar y hablar del fallecido, sobre todo ella y la abuela a solas, o en presencia de la familia, incluido el niño. Este ha mejorado ostensiblemente, ya no se da cabezazos, come y duerme mejor.

En este caso la oportuna derivación del pediatra, evitó que la sintomatología del niño cogiera unos derroteros médicos con exploraciones, analíticas,...etc, que hubiera desviado más la atención de los padres del propio duelo. Duelo que requiere un espacio individual e interpersonal para poderse ir elaborando.

Recuperar la madre su capacidad de sentir el dolor, llorar, compartirlo en casa y poderlo hablar, ayudó a restituir el propio espacio del niño y librarle de la contaminación proyectiva materna.

Es frecuente en padres divorciados o separados, la dificultad en plantearse nuevas relaciones de pareja; por el riesgo a un nuevo fracaso y al duelo no elaborado de la pareja perdida, encubierto generalmente con un discurso agresivo (económico, judicial, etc.). En estos casos los progenitores no recuperan su capacidad de desear formar pareja, sus necesidades como mujer u hombre, una autonomía personal, sirviendo el hijo como pretexto justificatorio. O más grave buscando suplir en el hijo la pareja afectiva que no se tiene.

2) Por enfermedad grave del hijo

La aparición a edades tempranas o de recién nacidos de una enfermedad en el niño, incide de una forma muy lesiva en el equilibrio emocional de los padres y sobre todo de la madre, dada la particular relación fusional que, es necesaria para el desarrollo del hijo y el equilibrio emocional materno y también paterno.

En muchas ocasiones los padres sienten toda la intervención médica con su aparataje, exploraciones, análisis, etc.; como situaciones en las que ellos se sienten tratados sin respeto, no tomados en cuenta, invadidos en la necesaria intimidad de una relación con el hijo. Deseo de relación interferido constantemente por una enfermedad con sus síntomas, sus riesgos y las intervenciones médicas inevitables. Las quejas hacia los médicos y enfermeras son habituales, justificadas o no, pero entendibles.

En los casos de mi experiencia, la idea de la muerte está tan presente, así como la angustia que la acompaña que desborda de tal forma a los padres que pierden capacidades empáticas, capacidad de observación, de cuidarse ellos mismos, o al hijo. No pueden poner una distancia suficiente para pensar, y poder ejercer como padres.

Junto a ello la ambivalencia que puede acompañar, teñida de sentimientos de odio y deseos de muerte negados, contamina de tal forma que lleva o un tipo de relación por parte de los padres o la madre tipo enfermera como diría Winnicott y Gutton, carente de fantasía y afecto, tipo operatorio.

Les comentaré dos casos muy diferentes. El primero de ellos se refiere a un niño de 3 años y 10 meses, con otro hermano de año y medio. Los padres muy angustiados, derivados por su pediatra. Niño muy miedoso, no juega, Cuando dibuja lo hace al revés, aunque a veces sorprendentemente lo hace bien. Cuando se enfada reacciona golpeándose y tirándose al

suelo. Miedo a estar solo en un cuarto, asustándose ante el menor ruido, reaccionando muy excitado y angustiado. Muestran su preocupación temiendo tenga autismo como alguien les ha dicho.

Me relatan un amplio historial médico, desde el embarazo con 6 meses "ya no creció". Pesando 1700 gr. al nacer. Fue diagnosticado de una comunicación interauricular, a los pocos días de nacer, atribuido a foramen oval permeable que en la última revisión cardiológica con 3 años y 6 meses, se comprueba que ha cerrado. Describen la multitud de pequeños ingresos por fiebres, que desaparecían al llegar a Urgencias, cuadros de deshidratación por vómitos, regurgitaciones, diarreas.

En un contexto en el que el niño tomaba el biberón muy lentamente, tardaba 2 horas, e ingería poca cantidad. Infecciones respiratorias frecuentes. El primer año engordó solo 500 gr. Comentan el miedo que sienten por el niño, al verle tan frágil y pequeñito "era desquiciante cuando tosía y vomitaba, con lo pequeñín y delgado que era".

La madre tuvo que vender su tienda, para disponer de tiempo y atender al niño; tuvo muy buen apoyo de su propia madre que la reemplazaba permitiéndola tomarse un tiempo de respiro y descanso. El marido durante la entrevista habla poco, estaba muy angustiado, sudando profusamente, reconociendo que por sus dificultades emocionales, no podía apoyar a su mujer.

Durante las entrevistas el niño necesitó la presencia de la madre, que mantuvo una actitud de estímulo hacia el niño, la percibo no invasora, le va siguiendo o hace lo que él la pide, conversando entre ellos, sobre un coche de plastilina, en el que lleva a su madre, tiene una rueda rota que quiere arreglar. Yo intervengo haciendo referencia a sus deseos de independizarse, ser mayor y llevar a la mama en su coche, relacionando sus miedos con la rueda rota.

Al finalizar la primera entrevista la madre me comenta su sorpresa por lo suelto que ha estado el niño en su conversación y jugar imaginativamente.

En la siguiente entrevista, también necesitando de la madre, el niño dibuja un coche y él mismo con su cuerpo completo. Comenta la madre que es la primera vez que lo hace.

Yo también me siento sorprendido, presenciando el cambio de un niño con graves problemas de relación que se asemejaban a una psicosis con rasgos autísticos y simbióticos y que ante mis ojos en presencia de la madre, parece que empezaba a salir del cascarón.

En la entrevista de devolución con los padres, me informan de los cambios que observan en el hijo, más sociable y buscando a otros niños. Me informan de un cambio en su capacidad de aprender y asimilar las cosas, antes pasivo ahora activo y con curiosidad, habla más y ya no tartamudea. Expresa más claramente sus deseos. Acepta mejor la separación de la madre.

Pueden hablarme de cómo les ha tranquilizado saber que ha desaparecido la comunicación interauricular y no ser necesaria una intervención quirúrgica. Esa angustia, por el miedo por su salud y por su vida les ha interferido como padres, a la hora de exigirle y castigarle; así como la tristeza y la pena que sentían. “Por lástima no podían exigirle más”, me dicen.

Percibo que todo ello les ha impedido a los padres poder desarrollar y desempeñar su función parental.

Intento dejar claro a los padres que el niño no tiene un autismo, ni padece una enfermedad mental. Relacionando sus dificultades emocionales y de autonomización, al “ritmo” particular del niño y a las dificultades que ellos, como padres han tenido para desempeñarse como padres, poderle educar, poner límites, etc.

Decido entrevistarme con el niño y la madre cada tres meses. Confirmándose el cambio tanto en los padres como en

el niño. Dándoles el alta un año después de una sesión, en la que el niño entra solo, con un balón bajo el brazo, habla desenvuelto me dice que chuta fuerte y mete goles. Hace un coche de plastilina, hablándome al tiempo del coche del padre. Me comenta en tono orgulloso que ya tiene 5 años que es más alto y va al Colegio.

Sentí importante, cuando pensé en este caso, realzar la gran fragilidad con la que vinieron los padres, angustiados creyendo que su hijo sufría de autismo. La presencia de la madre en las entrevistas, no premeditado por mi sino obligado por las dificultades del hijo, creo que fue importante porque permitió para su sorpresa, sentir el nacimiento de unas capacidades verbales, imaginativas y de deseo autónomo hasta entonces ocultas en su hijo. Mi presencia pudo servir de marco contenedor a la angustia materna. Marco parental necesario para la madre ante las dificultades emocionales de su marido.

Contención escasa para tolerar la angustia ante la idea de muerte del hijo, buscando la contención hospitalaria. He de resaltar que la desaparición espontánea de la problemática cardiológica ha desangustiado lo suficiente a los padres como para pedir cita y demandar un espacio mental, hasta entonces ocupado por el físico, y el riesgo de muerte.

Me asusta pensar en el daño yatrogénico que yo podía haber ocasionado a los padres y consecuentemente al niño, si confirmo sus sospechas de autismo, como la clínica inicialmente apuntaba. Aunque el desarrollo y la observación de las sesiones fueron muy diferentes.

El siguiente caso corresponde a una chica de 15 años, que está en psicoterapia de una sesión semanal desde hace tres años. Demandan consulta por un severo retraso en su aprendizaje, junto a un retraso en su crecimiento físico. Dificultades en las relaciones sociales, poco comunicativa verbal y emocionalmente. Conducta infantil, caprichosa, mimosa, con una actitud pasiva ante todo, no responsabilizándose de sus tareas.

Tenía un diagnóstico psicopedagógico de retraso mental límite. Paradójicamente ella mantenía relaciones epistolares con jóvenes con los que contactaba a través de revistas, donde su capacidad de expresión escrita, el contenido y la manera de expresarse correspondía a su edad, relaciones que intentaba ocultar ante los padres.

Los padres mantienen con ella una actitud educativa nada exigente y mimándola. Atribuido a ser la pequeña de tres hermanos y fundamentalmente a todo un sufrimiento y preocupación por una problemática médica, de tipo diarreico a partir de los 5 meses, coincidiendo con el inicio de las papillas. Hasta los 4 años no fue diagnosticada de una enfermedad celiaca, mejorando tras la dieta sin gluten. Durante esos 3'5 años consultaron con muchos médicos, describiendo episodios de mucha angustia, viéndola adelgazar "temblando cada vez que cogía un catarro", dicen que "se quedaba como muerta, sin vida". Estos años han dejado secuelas de malnutrición y algo de raquitismo en la chica.

Percibí en las entrevistas con la chica la necesidad de ocultar sus capacidades más maduras, sus inquietudes, deseos y sentimientos, que justamente mostraba en las relaciones que establecía en la distancia, a través de sus cartas. Mientras que con su familia y el Colegio se comportaba como una niña pequeña, torpe, sin ideas, pasiva y sin interés por nada, dando la imagen de tonta.

La actitud de sus padres hacia ella, su incapacidad en exigirla y de verla como una chica, tratándola como una niña pequeña, me hacia sospechar que estaba impidiéndola mentalmente mostrarse claramente, ser ella misma y poder crecer y madurar psíquicamente.

Por este motivo decidí ver a la chica semanalmente y mensualmente a los padres. Intentando focalizar en las entrevistas con ellos o solo con la madre, todo el componente emocional, que giró alrededor de esta problemática médica.

Este abordaje parental, permitió que la madre pudiera hablar del dolor y vergüenza por el aspecto de su hija, a la que ve tonta y fea. Reconociendo que le cuesta aceptarla. Hasta acercarse en otras sesiones a emociones muy dolorosas, de gran culpa, verbalizando deseos de muerte hacia su hija, por cómo alteró su vida y su relación con su marido y los otros hijos. Tuvo que disociar estos sentimientos de muerte, arrastrando también su capacidad amorosa. No puede sentir que gracias a su esfuerzo y dedicación su hija ha progresado, a pesar de decírselo otras personas. Lo entiende pero no puede sentirse satisfecha.

Puede hablarme de una relación tan fusional como sentir que "sufro en mi carne más que la propia hija...". Como una regresión narcisista, donde no puede imaginar a su hija separada de ella. Todo ello le permite hablar de su incapacidad de dejarla sola, de escuchar y reconocer los deseos o intereses, por nimios que fuesen, de su hija. Comentando que nunca ha podido imaginar verla crecer, estar separada de ella y ser autónoma.

A partir de aquí, lentamente, se van dando unos pasos en la madre, como reconocer que aprendiendo a tolerar sus miedos a desprenderse y separarse, ayudará a su hija a responsabilizarse (por ej. en una acampada con Scouts). Tolerar el dolor cuando su hija se autoafirma y defiende sus cosas ante ella. Hasta un día que vio a su hija, ya con 17 años, saliendo con un chico. Me dice: "No lo podía ver, desviaba la mirada o pensaba que jugaban como niños". "Nunca había pensado que se relacionase con chicos, o llegara a casarse". "Me negaba a hablarlo con mis amigas o mi hermana cuando ellas me lo planteaban". Fue un momento clave no solo para la madre sino para el padre y los hermanos, donde claramente la paciente mostraba sus deseos como mujer, alejándose de la identidad infantil a la que estaba la familia aferrada y ella misma.

En estos momentos la chica está acabando graduado escolar, cuida su aspecto físico. La relación en casa ha cam-

biado mucho, más comunicativa, sobre todo con la madre y con los hermanos mayores. Ha crecido 13 centímetros y tuvo la menarquia a los 17 años, debido al tratamiento hormonal que buscaba retrasarlo para facilitar su crecimiento físico.

No entra en el objeto de esta ponencia, pero si considero clave para los cambios que la paciente pudo ir dando, junto a su propio trabajo psicoterápico, los cambios en la expectativa de vida y de desarrollo personal que fundamentalmente la madre pudo llevar a cabo.

En esta madre lo insoportable de una situación larga en el tiempo de 3'5 años, de una hija que no crece, no se desarrolla, que se va en vida; los fracasos médicos para realizar el diagnostico y consiguiente tratamiento, van impidiendo sentir ilusión y esperanza, para no sufrir más. Junto al odio y deseos de muerte por las limitaciones, restricciones y pérdidas que supone para esa madre la entrega de gran parte de su tiempo y vida a la hija. Todos estos sentimientos guardados internamente, no reconocidos, estaban impidiendo a esta madre cambiar y crecer, no pudiendo disfrutar de una hija, como en muchos momentos ahora si ocurre.

En ambos casos los padres, y sobre todo las madres, no han tenido el espacio psíquico, ni el tiempo a veces para hacerse cargo de todas las emociones, que la grave problemática del hijo les hizo sentir, las defensas disociativas, de negación y de regresión narcisista, impedían el desarrollo de las capacidades y funciones parentales, así como la posibilidad de evolucionar y adaptarse a los cambios del hijo, en el sentido descrito por Winnicott. Fundamentalmente en los primeros momentos de la relación, una problemática médica grave, inevitablemente despierta ansiedades que tienen un contenido de muerte, difícilmente tolerable. Poder tener la posibilidad de sentirse contenidas en un espacio terapéutico, permiten su movilización y elaboración; repercutiendo en las capacidades parentales, de empatía, comprensión y ayuda hacia sus hijos.

3. Por enfermedad médica de la propia madre

Sin ser premeditado, la realidad clínica me ha hecho observar, prestar más atención a las repercusiones emocionales de una problemática física propia. Sobre todo en la madre. Comento que sin ser premeditado porque no es algo que en mis lecturas y estudios estuviera presente, pero a partir de la experiencia con algunas madres, forma ya parte, como algo obvio y lógico en mi práctica asistencial.

Muchas dolencias físicas, interfieren en la capacidad de la madre para estar con sus hijos, por el dolor de su afección, la inevitable preocupación con el tinte de tristeza, la retracción narcisista corporal que acompaña y la pérdida de capacidades mentales que se apoyan en funciones físicas y somáticas, acompañado de un sentimiento de culpa inconsciente que lastra de forma soterrada la capacidad de adaptación en la función parental, en relación a sus hijos. Algo en donde los trabajos del Dr. Anzieu han sido mi referencia.

Mostraré dos ejemplos que ilustren lo que intento decirles.

El primer caso corresponde a un niño de 4 años y medio con dos hermanos mayores. Desde hace 6 meses y repentinamente cambió. Está asustado y angustiado, no quiere salir a la calle, se levanta por las noches con miedo y aterrado. No consiguen calmarle los padres. Parece que desconoce a miembros de la familia. Reacciona muy coléricamente o de forma autoagresiva (contra las paredes o pegándose él mismo). Enuresis 2º, no quiere separarse de la madre. Me entero que ha aumentado esta sintomatología desde hace 4 meses, coincidiendo con una intervención quirúrgica realizada a la madre en su columna vertebral.

Tiene el niño un objeto transicional, un perrito de peluche, llamado “colita”, con el que llora y se abraza, llevándole a la cama para dormir.

La madre me comenta, que quedó dañada en las vértebras lumbares, desde el nacimiento del niño. “Tenía muchos dolo-

res, no podía cogerle en brazos, buscaba que otros miembros de la familia lo hicieran". y asocia "al niño no le gusta que le cojan en brazos, prefiere andar". La madre se siente culpable, prosigue diciéndome. "No podía jugar al burro con él". "Dependía yo mucho de otros".

Me comenta "cuando le toco, acaricio o le rasco la espalda, le voy sobando y se va calmando".

Veo al niño junto a la madre, de la que no quiere separarse. Durante las entrevistas, está de pie apoyando la cabeza en su regazo, la toca y la agarra. Ocasionalmente se aleja no más de 1 metro de ella. No toca los juguetes, ocasionalmente los mira. Constantemente dice a la madre que quiere irse a casa, la madre responde de forma cariñosa, le deja abrazarse, pero le recuerda que no puede cogerle en brazos. La siguiente entrevista es similar, destacando una conversación entre la madre e hijo, donde la madre le habla de lo enfadado que está "colita" (el perrito de peluche), que no quiere hacerse mayor.

Durante la entrevista de devolución con los padres. Percibo el desborde de los padres, su angustia y su confusión a la hora de poner límites al hijo, poder discernir entre situaciones de angustia del niño y actitudes caprichosas y controladoras.

Podemos hablar de la enfermedad ósea de la madre, los dolores ciáticos tan intensos previos a la intervención quirúrgica. La repercusión en ella, impidiéndola seguir manteniendo la firmeza necesaria para ayudarle a "ser mayor". La madre llora por lo que no ha podido darle a su hijo.

Ella percibía lo que le pasaba a su hijo, conversando con él a través de "colita". El niño depositaba en "colita" sus enfados, y manifestaba a través del perrito que no quería crecer. La madre se prestaba a este diálogo.

Desde la última entrevista ha ido mejorando el niño. "Tiene menos miedo, baja al parque y juega con otros niños". Suspendo el Psicosoma que estaba tomando y decido abordar el problema a través de ayudar a los padres, dada la buena res-

puesta así como la gran intuición de la madre y el apoyo del marido. Intento rescatar y apoyar los intentos que intuitivamente la madre realiza y cómo observa que tranquiliza al niño, cuando le acaricia y le soba la espalda.

Tengo cuatro entrevistas en año y medio con los padres.

Destacaría la relación que hace la madre entre la sintomatología álgica y su "pérdida de paciencia" con el hijo, con su repercusión clínica ("se altera más"). Si le amenaza con tirarle a "colita", "duerme peor, y se orina por la noche".

La madre tomó la decisión diariamente de manosear al niño, para ello le tumba en la cama y ella de rodillas (posición menos dolorosa para ella). Lo hace, relatando, una especie de juego táctil, actividad que ella asocia a la que si hizo a sus hijos mayores cuando eran bebés.

A pesar de momentos intensos de recaída en su dolor y en los que el niño empeora algo, el chico continua su proceso de maduración mental.

Ha empezado preescolar. Busca relacionarse y jugar con otros niños. Le gusta jugar también solo, sobre todo con plastilina. Duerme mejor, ocasionalmente se orina por las noches. Acepta mejor los límites, habiendo desaparecido hace tiempo sus conductas autoagresivas, decidiendo de común acuerdo el Alta.

Pienso que esta madre no pudo dar al hijo, ni ella disfrutar de su capacidad de dar atenciones relacionadas con el sostenimiento (tenerle en brazos), con el contacto piel a piel, de juegos físicos, de abrazos etc.

Aparentemente el dolor físico se lo impedía, pero ocultaba el dolor emocional que sentía, por la pérdida de esa relación para ella y el hijo. Creo que poderse entristecer y llorar por ello, fue la experiencia emocional que faltaba sobre algo que la propia madre, ya hacía, antes de venir a consulta; puesto que al sobarle y acariciarle él se calmaba. Poderse entristecer y

hablar de ello le permitió integrar esa experiencia, en el sentido de Bion, para que ella decidiera diariamente manosear y masajear al hijo, de manera también tolerable para ella.

Esto permitió que funciones de sostén, de contacto táctil, de juego etc. pudieran recuperarse, cuando la madre pudo sentir la tristeza que su afección física la creaba. La recuperación de estas funciones parentales, apoyadas en capacidades físicas, permitió que el niño sintiera el sostén y la contención, como referencia, ayudándole a recuperar funciones mentales, funciones del yo-piel descritas por D. Anzieu, y retomar su evolución psíquica.

El siguiente caso corresponde a una niña de 7 años, con otra hermana 2 años mayor que ella. La demanda muy angustiosa, está relacionada con pérdidas de conocimiento que duran pocos minutos, luego se queda agotada, cansada, durante 1-2 horas, la piel blanca, la baja la temperatura a 35º C. Médicamente ha sido valorada descartándose crisis epilépticas e hipoglucémicas.

Estas pérdidas de conocimiento están unidas a situaciones emocionalmente intensas para la niña (ver sangrar a la hermana, ver al padre después de una separación).

Tendencia a las somatizaciones, vómitos, dolores de vientre…

Cuentan los padres que es una niña muy reservada, no expresa sus emociones o lo hace de forma drástica “si una niña no la corresponde, ella sentencia y esa niña murió para ella”, y no quiere saber nada de esa niña. Tiene pocos amigos. Evita el contacto con niños agresivos, e inquietos. La gustan los juegos tranquilos. Sola es muy imaginativa y tiene una gran capacidad dramática cuando juega, en los diversos roles de los muñecos y con sus voces. La gusta dibujar y hacer actividades manuales con plastilina, barro, objetos de papel etc. Tiene miedos por la noche, con pesadillas. Quiere sentirse protegida.

La describen como una niña adorable, que no expresa su agresividad, “se lo traga, hace una protesta suave, pero no se enfrenta”.

Me sorprende, durante la entrevista, algo que dice la madre, “ella está muy apegada a los de la familia, lo siente por nosotros, le afecta, pierde el conocimiento, y luego está tan normal”. “La niña cuando habla de esas pérdidas de conocimiento dice que tiene la impresión de estar soñando. “Pensaba que estaba soñando y que me caía”.

La niña va bien en los estudios.

Percibí que junto a la problemática fóbica de la niña y el uso del cuerpo como descarga emocional en la somatización y otros de tipo conversivo; existía una relación muy estrecha entre ella y la madre. La madre reconoce que ella cuando está nerviosa y angustiada somatiza y tiene miedos. Acepta la posibilidad de que ella puede influir en su hija, comentando que “la niña me mira fijamente para sentirse segura o no”.

Por todo ello inicié una psicoterapia con la niña de una vez semanal que duro año y medio y entrevistas mensuales con la madre que luego se fueron espaciando hasta el Alta de la niña.

Ciñéndome al tema de mi trabajo, dejo de lado la psicoterapia con la niña.

La madre al principio necesita hablarme de cómo siente su relación con su hija, “estoy agobiada con ella desde que nació”; desde bebé he estado preocupada con ella temiendo le pudiese pasar algo… Con diarreas, cuadros breves de deshidratación, sospecha de intolerancia al gluten… Por la noche pendiente del menor ruido, temiendo que le de una crisis o un coma hipoglucémico”.

Todo ello impide a la madre mentalmente poderse separar de su hija, me dice “no puedo despegarme de ella, estoy obsesionada con ella temiendo la pase algo”.

Esta situación genera agresividad en la madre, porque no puede hacer sus propios planes como mujer, quedar con ami-

gas, hacer alguna actividad fuera de casa, me dice “estoy harta, la ahogaría”. La culpa generada la interfiere para poner límites a su hija. Buscando la niña activamente provocar a la madre, para que le dé una torta.

Las entrevistas desde un principio, permiten a la madre contener mejor sus temores ante la hija. La madre es consciente que su propio miedo impide a la hija sentirse segura, no angustiándose tanto cuando la hija le dice que “le duele la cabeza” o “tiene ganas de vomitar”. En vez de decirle que se quede en casa, ponerle el termómetro etc., puede hablar con ella de que es normal que sienta miedo ante un examen, o este nerviosa por la llegada de los Reyes Magos. La madre va intentando abrir un espacio mental, donde tengan cabida las emociones para ella y para su hija, espacio que antes lo ocupaba el cuerpo con sus dolencias. En este contexto se queja de los médicos que han atendido desde bebé a la niña, que la han angustiado más, con exploraciones físicas y diagnósticos diferentes, impidiéndole salir de ese espacio corporal, en el que basaba la relación con su hija.

Los cambios en la hija, fundamentalmente poder expresar sus enfados y defenderse, junto a pedir abiertamente el cariño a su madre, “me dice ‘mami achúchame’, quedándose largo rato acurrucada”. Unido a la disminución de las somatizaciones y desaparición de la crisis. Todo ello va afianzando a la madre, en el camino emprendido, hasta poder hablar, pasado ya el año, de sus vivencias con su hija después del parto. Cuenta que le quedaron resto de placenta, tenía dolores, hemorragias, fiebre, hinchazón, unido a sentir que sus quejas no fueron atendidas y escuchadas por los médicos, a pesar de su insistencia en que algo la pasaba, hasta que a los 7 días le hicieron un raspado. Recuerda que todo ello la impidió atender a su hija, “cuando estaba así me ofendía oírla llorar”. Le retiraron el pecho después del raspado, por la medicación que tomaba la madre. A partir de entonces vinieron los problemas gastrointestinales y las dificultades en la alimentación de la niña.

Cuenta que ella no pudo conectar con la hija de bebé. “No aceptaba mi abrazo, tenía que dejarla en la cuna”, “ahora si me lo pide”.

Lo refiere con pena por la hija y por ella misma, unido al placer que ahora siente cuando la hija al pedírselo se queda acurrucada. Pensé que algo se había podido restablecer en la relación entre madre e hija.

Unido a la mejoría clínica de la niña decido el Alta poco después.

Me parece importante destacar que una problemática médica en la madre, no demasiado importante, sin embargo, emocionalmente interfirió negativamente en la temprana relación. Interfiriendo en las funciones de contención y empatía de la madre, pues “la ofendía oírla llorar”. Funciones mentales que quedaron sepultadas ante la problemática médica subsiguiente de la niña.

Pienso que el espacio que yo la ofrecí, permitió a la madre inicialmente apoyada en mi, dar los pasos iniciales, para posteriormente recuperar un espacio emocional propio de ella y de su hija que no habían podido experimentar en su momento.

La relación fusional que mantenían madre e hija, sobre ansiedades de muerte en ambas, contaminaba el proceso de separación y una buena identificación con la madre en su Edipo. Relación fusional que no afectaba otras áreas de la personalidad en la niña, como muestra su capacidad lúdica e imaginativa, permaneciendo como algo encapsulado alrededor del cuerpo, parecido al cuerpo para dos descrito por J. Mc Dougall.

La rapidez con la que la madre cambia, despegándose de lo corporal, me permite afianzar la idea del daño que sufrió en poder desarrollar sus funciones mentales de empatía, que la hubieran permitido conectar con su hija. Daño debido a su afección médica y la falta de reconocimiento que ella sintió por parte de los sanitarios.

C) Espacios psíquicos recuperados con la ayuda del entorno

Estoy convencido que otros profesionales, como asistentes sociales, pediatras, médicos de atención primaria, educadores y sacerdotes, tendrán más experiencia sobre lo que voy a comentar. No es fácil tener la oportunidad de observar desde un Centro de Salud Mental la capacidad de ayuda que da el entorno, puesto que lo que nos llega son los fracasos en esa capacidad, tanto personal como del entorno familiar y social (escuela, amigos, médicos etc…).

El espacio que ofrece una relación humana donde se puede hablar y expresar sus inquietudes, ansiedades, miedos..., pudiendo sentirse escuchado, entendido y tratado con respeto, es el espacio natural, que todos tenemos y necesitamos para ayudar, y ser ayudados, aprender a manejar y resolver los problemas cotidianos de la vida. Esta función de ayuda y por tanto terapéutica subyace en Winnicott al referirse al papel del ambiente que rodea a un niño. Así como el respeto hacia la familia "como un territorio sagrado que no se debe invadir". ("el niño y el mundo exterior". Pág. 23).

Muy brevemente les comento las entrevistas con la madre de una joven de 16 años, con una conflictiva adolescente típica: de oposición, rebeldía, agresividad sobre todo con la madre, no querer estudiar, etc.

Me limité a escucharla y pude ir entendiendo la dificultad de la madre para aceptar el cambio en su hija, me dice "yo reconozco que soy pesada y estoy encima de ella. No estaba acostumbrada a que me desobedeciera", me habla de como era de niña y la agresividad y rabia que siente cuando la chica le contesta.

Puede hablarlo con su marido, que lo sitúa en un plano adolescente "desde que sigo el consejo de mi marido, de no estar tan encima de ella, creo que las cosas van mejor". Pero percibo que lo que le ha ayudado también, es una conversa-

ción con su propia madre, que le ha hecho recordar que ya de niña por las buenas iban mejor las cosas entre ellas, tanto de ella cuando era niña, como de su hija actualmente.

Desde hace una semana la madre ha cambiado algo y siente que ha mejorado la relación con su hija. A pesar de ello quiso mantener la cita, pues el psicólogo escolar le insistió en ello.

Yo me limito a apoyar la importancia de poder ella hablar de sus dificultades con su marido, así como de tomar en cuenta lo que su propia madre le comentó, de sacar el cariño que tiene por su hija, permitiéndole por las buenas relacionarse.

Hice un seguimiento pasados varios meses, iban las cosas razonablemente bien.

La turbulencia emocional del cambio en el adolescente, desencadena en muchos padres otra turbulencia emocional. Está ampliamente descrito el duelo que los padres tienen que afrontar, así como la reactivación edípica (sexualidad, rivalidad…).

En este caso entendí que el marido hizo un papel de referente externo, de ayudarla a entender que los cambios de la hija eran normales y necesarios, para tolerarlos. Y por otro lado la abuela de la chica, su propia madre, la permitió rescatar su capacidad amorosa, poder aprender de su propia madre y recuperar algo de su experiencia que tenía disociado, “que ya de niña por las buenas iban mejor las cosas”.

Todo lo expuesto, está delimitado por los límites de mi experiencia y de mi capacidad profesional para poder entender muchas situaciones.

Quisiera concluir con estas ideas abiertas a la reflexión.

IDEAS ABIERTAS A LA REFLEXION

1. Resituar a los padres como tales, con sus capacidades empáticas, comprensivas, capacidades de pensar por sí mismos sobre sus hijos. Requisito indispensable, del que depende el hijo para su evolución y recuperación mental.

2. Los padres no tienen una sintomatología definida, en todo caso una tristeza latente, con sentimientos de fracaso y de culpa. Más bien se detecta una dificultad de hacerse cargo de este hijo, por el que demandan ayuda. Por otro lado son padres relativamente competentes con relación a otros hijos, entenderles y ayudarles, así como en sus relaciones personales e íntimas.

3. Recelar de nuestra tendencia, como profesionales, de entender "tanto" al niño, de quererle ayudar, tratar, dar consejos etc..., que nos olvidamos de los padres.

4. Evitar crear en las entrevistas una relación dependiente, alentada por una "psicologización" de la sociedad. Que tiende a idealizarnos ante los padres, con la complicidad de la gratificación narcisista nuestra. Lo que empieza como una demanda de ayuda psicológica puede convertirse en una relación, como poco, dependiente y a veces dañina.

5. Importante crear un espacio que los padres sientan para ayudarles a ellos como padres, incluso estando los niños en psicoterapia. Espacio no psicoterápico (no interpreto, ni toco la transferencia). Espacio donde se les ayude a conectar las emociones referidas a sus hijos, poder tomarlas en cuenta, pensar y relacionar situaciones personales con la de sus hijos. Más que hablar, escucho, sugiero y hago preguntas para que ellos puedan pensar solos. Posiblemente la pretransferencia positiva descrita por Palacios y Manzano en las consultas terapéuticas sea un ingrediente fundamental.

6. Tenemos a nuestro favor, la necesidad y el deseo de muchos padres de hacerse cargo de si mismos, de crecer mentalmente, entendiendo para sentirse capaces como padres de ayudar a sus hijos en su maduración mental, el papel de escucha tal como lo he descrito puede facilitarlo. Un dolor añadido para muchos padres es sentirse incapaces de ayudar a sus hijos.

BIBLIOGRAFIA

ANTHONY, J. y BENEDEK, T.: "Parentalidad". Ed. Amorrortu (pág. 128).

ANZIEU, D.: "El Yo - piel". Ed. Biblioteca Nueva (pág. 109).

BION, W.: "Aprendiendo de la experiencia". Ed. Paidos (pág. 84).

BION, W.: "Una teoría del pensamiento". (En el libro "Volviendo a pensar"). Ed. Horme (pág. 158).

GRINBERG, L. y otros.: "Introducción a las ideas de Bion". Ed. Nueva visión (pág. 42).

GUTTON, Ph.: "El bebé del psicoanalista". Ed. Amorrortu (págs. 69, 74).

KREISLER, L.: "La desorganización psicosomática en el niño". Ed. Herder (pág. 85).

KREISLER L. FAIN, SOULÉ: "El niño y su cuerpo". Ed. Amorrortu (pág. 32).

LEBOVICI, SOULÉ: "El conocimiento del niño a través del psicoanálisis". Ed. Fondo de cultura económica (págs. 128, 324).

MANZANO y PALACIO-ESPASA: "Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía". Ed. Paidos.

MARTY, P.: "El orden psicosomático. Los movimientos individuales de vida y de muerte". Ed. Promolibro (págs. 77, 80, 87).

MARTY, P.: "Los procesos de somatización. Rev. de psicoterapia y psicosomática". N.º 5 (pág. 8).

MC DOUGALL, J.: "Teatros del cuerpo". Ed. Julián Yébenes (pág. 74).

WINNICOTT, D.: "Necesidades de los niños menores de cinco años en una sociedad cambiante" (1954). En el libro "El niño y el mundo externo". Ed. Horme (pág. 23).

WINNICOTT, D.: "La preocupación maternal primaria" (1956). En el libro "Escritos de pediatría y psicoanálisis". Ed. Laia (pág. 409).

WINNICOTT, D.: "Psicoanálisis de una niña pequeña. Piggle". Ed. Gedisa (pág. 22).

EL JUEGO: PENSAMIENTO SIN PALABRAS*

Virginia Mora Febres**

"Me podría indicar, hacía donde tengo que ir desde aquí?
"Eso depende de a donde quieras llegar", contestó el Gato
"A mi no me importa demasiado a donde"... empezó a explicar Alicia.
"En ese caso, da igual hacia donde vayas", interrumpió el Gato
... "siempre que llegue a alguna parte" terminó Alicia a modo de explicación.
"Oh, siempre llegarás a alguna parte" dijo el Gato, " si caminas bastante"...

"Alicia en el País de las Maravillas"
de Lewis Carrol

En este trabajo me propongo hacer algunas reflexiones sobre la importancia del juego como Técnica psicoanalítica y como nexo entre fantasía y realidad.

El primer problema con el que se toparon los psicoanalistas de niños, era el de que para captar la vivencia infantil había que tratar de imaginarse fuera del sistema de símbolos verbales en el que los adultos viven y verse dentro de un sistema de vivencias no verbales, sensoriales y cenestésicas.

Fue Freud quien dio los primeros pasos para el psicoanálisis infantil cuando publica en 1909 el caso de Juanito; un niño

---

* Ponencia presentada en X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

** Psiquiatra.

que sufría de una agorafobia, quien fue analizado por su padre alentado por Freud y se descubre su complejo de Edipo, lo que confirmó la hipótesis de la neurosis infantil, y se demostró que los niños podían ser psicoanalizados.

También fue el primero en describir el mecanismo psicológico del jugar cuando interpretó el juego de un niño de 18 meses, que hacía aparecer y desaparecer un carrete, como una forma de dominar su angustia, frente a la aparición y desaparición de la madre simbolizada por el carretel, y al mismo tiempo echarla sin peligro de perderla ya que el carretel volvía cuando él lo deseaba. Este pasaje del fort-da nos explica como nace el símbolo, como una manera de dar significado, de representar una ausencia.

El bebé está singularizado por una dependencia de la madre, desprenderse de la relación única con la madre y orientarse hacia el padre, implica separarse del objeto y establecer una nueva unión con él y en este proceso el juego, la fantasía y el símbolo le van a permitir al bebé desplazar afuera sus miedos y angustias, dominándolos a través de la acción, y así repetirá en el juego aquellas situaciones que sean excesivas para su yo débil, permitiéndole hacer activo lo que sufrió pasivamente, cambiar un final que le fue penoso, y repetir a voluntad situaciones placenteras.

En mi trabajo con una paciente de tres años, que la habían traído unos padres cansadísimos, por el insomnio de la niña, que aparecía justo cuando ellos iban a dormir recuerdo que durante muchas sesiones al inicio de su tratamiento jugaba a que yo me dormía y se suponía que ella también, pero ella me despertaba con gritos en los oídos; y disfrutaba con el "sobresalto" que me causaba, mostrando así todo el ataque a la pareja y el enfado hacia sus padres (estos la habían dejado a los 6 meses con una abuela por un período de varios meses).

Para Winnicott debe haber un "estar disponible de la madre" para ese juego rudimentario del bebé y esto es lo que

hará posible la creación de un espacio donde el objeto pueda ser "repudiado, reaceptado y percibido" de forma objetiva, que le va a permitir diferenciar la fantasía de la realidad, el mundo interno del externo.

Al no crearse un contorno suficiente entre la madre y el niño, este puede quedar asido a lo real, pegado a un goce corporal con la madre que remite a algo siniestro, extraño (Aduriz, 1995).

Klein creó la técnica del Psicoanálisis de niños y aunque en sus inicios comenzó un tratamiento en la propia casa del paciente y con sus propios juguetes, siguió el principio básico del Psicoanálisis: el de la Asociación libre, interpretando no solo las palabras del niño sino lo que hacía cuando jugaba, dándole al juego un valor único, pues tuvo la genialidad de observar que el niño se expresa naturalmente a través del mismo, que ese es su medio de comunicación, y en las palabras de H. Segal, es un trabajo, que no sólo conlleva una forma de explorar y controlar el mundo externo, sino un medio por el cual controlar y expresar sus angustias a través de la manifestación y elaboración de las fantasías.

Es así como la habitación, los juguetes y el analista proporcionan el marco para desarrollar la técnica de juego, tal como lo refleja Tustin (1987): "Su orden sensible, por el cual cada niño tiene su propio cajón o caja de juguete –para mencionar un aspecto– parece una hamaca segura en que niño y analista se balancean. Esta contención es importante para todos los niños".

Para Melanie Klein el simbolismo no sólo constituye el fundamento de toda fantasía y sublimación, sino que sobre él se va a cimentar la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad; y continuando en la línea de Freud piensa que el niño al jugar vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos proyectándolos en él afuera, en los juguetes.

Hablaré a continuación sobre el caso de un niño que llamaré Iván, único hijo de padres separados, quien vino a consulta a los 6 años por presentar inquietud excesiva, incapacidad para tolerar cualquier frustración, necesidad constante de afecto y reconocimiento, imposibilidad para hacer amigos, y dificultad para incorporar nuevos alimentos. La separación de los padres se había realizado de forma abrupta y violenta, y con su corta edad Iván llevaba a sus espaldas dos mudanzas de ciudad, cuatro mudanzas de casa, dos estancias en guarderías y cuando le conocí iba ya por su tercer colegio.

Su tratamiento se ha realizado durante cuatro años a razón de tres sesiones semanales.

Durante un primer período en su tratamiento, casi no podía jugar, anunciaba su llegada con agudos y prolongados gritos, y al llegar casi no hablaba, simplemente destruía, intentaba cortar una planta que tengo en el despacho y fue llenando su caja de bombas y explosivos" "peligrosísimos"; situaciones estas que mostraban todos sus aspectos persecutorios; pasó una temporada en la que no podía abrir su caja, ni recoger lo que tiraba, yo le mostraba como él necesitaba que yo me encargara de lo sucio, de sus bombas, así como su culpa por haberse quedado solo con su madre. (Esta etapa recuerda la noción de pecho inodoro de Meltzer).

Un tiempo después Iván podía jugar convirtiéndose en personajes poderosos y autoritarios como Rambo, o super-héroes; época en la cual las normas del juego eran a su favor y yo debía ser una "esclava" más de su tiranía y defensa maníaca, y sólo hablaba para imponerme órdenes como: "Vamos dibuja una casa ¡pega estos papeles, trabaja, trabaja! sin embargo cada vez más pudo mostrar su violencia en los juegos, que empezaron a hacerse más variados: jugaba a ser cocinero en un restaurante donde yo iba de comensal, pero las comidas las preparaba a golpes y los platos los servia con una brusquedad y gritos desmedidos; intentando mostrarle cuando él lo permi-

tía su temor a ser un chico que realmente quería y necesitaba mucho afecto, y que ese Rambo o ese cocinero podían tapar a un niño pequeñito y necesitado que quería querer y que le quisieran.

Durante esta época, intentaba pasar de la acción a la simbolización; pero no sabía que hacer con su agresión.

A los dos años y medio de su tratamiento, en una sesión Iván entró, fue directo a su caja, tomó dos coches y dándome uno me indicó: "Vamos a volar", miró el diván (que es de color negro) y dijo: "Vamos a ir al Continente negro", sobrevoló el diván, aterrizó y me invitó a hacer acrobacias, relatando unas aventuras arriesgadas de un padrastro que tenía por esa época. Seguimos volando y dijo: "Vamos a la Isla Verde" y se dirigió a mi escritorio (que tiene una tapa verde), y tomando dos pisapapeles que tengo encima comentó: "Vamos a ver si está todo bien: las luces, el radar, los frenos", le mostré como el permitía que yo me hiciera cargo de sus frenos, y su cabeza, luego hizo un rodeo por la planta y comentó que podía ser apropiada para un picnic, luego dijo: "Vamos a mi casa y se dirigió al lugar donde se encuentra su mesa y su caja, se detuvo a verla por fuera y por dentro con los restos de bombas y me comentó: "Cuantos recuerdos hay aquí", me resultó conmovedor que en un niño se representara su continuidad interna de esta forma tan visible; y que aparte de las defensas y contenidos inconscientes aparecidos en esta sesión, lo apreciable es como todo ese gran continente conformado por el terapeuta, el setting, sus juguetes, pudo ser apreciado y conectado con los aspectos mas fructíferos de su fantasía para jugar y crear (espacio potencial de Winnicott). Durante esa época reparó su caja, que estaba rota y la planta que antes cortaba, ahora era reconocida como algo que también había crecido igual que él.

Durante sus años de tratamiento Iván realizó muchos progresos, su capacidad para jugar, hablar y soñar se desarrolló

normalmente y en una de sus últimas sesiones comentó que le había preguntado a su madre lo que era el Inconsciente y ésta le había explicado que era una caja negra que se abría de noche y contenía los sueños, y rápidamente me explicó:

"Yo creo que también tengo Inconsciente de día, pues también sueño muchas cosas y tengo ilusiones".

Creo que Iván igual que Alicia en el país de las Maravillas, tenía ideas de por donde podíamos caminar juntos, pero cada intento de juego o cada juego elaborado mostraba ese querer *llegar* a alguna parte.

En conclusión, Melanie Klein introdujo la técnica del psicoanálisis infantil por medio del juego, lo cual significa ubicar al terapeuta en un contexto lúdico. La capacidad de jugar en el niño es un signo de salud y la incapacidad de jugar, el signo de la incapacidad para simbolizar y comunicar.

Soñar es una manera de pensar, o sea de simbolizar con los ojos cerrados, pero la capacidad de "reverie" (Bion) es muy importante para transmitir sentimientos y fantasías preverbales o no verbales.

Cada vez que el niño juega intenta pensar sin palabras y cada juego remonta ese juego inicial, en el cual se sustituye el objeto originario, cuya pérdida se teme y se lamenta, por otros objetos numerosos y que pueden reemplazarse, así este juego primigenio va a sentar las bases de la actividad lúdica y en un futuro la capacidad de amar.

BIBLIOGRAFIA

ABERASTURY, ARMINDA: "Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños", 1962, Paidos, Buenos Aires.

ADURIZ, SABIN: "Vigencia del Trauma", IV Simposio de la APM, Madrid, 1995.

FREUD, ANNA: "Psicoanálisis del niño", 1927, Horme, Buenos Aires, 1980.

FREUD, SIGMUND: "Obras Completas", Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

FREUD, SIGMUND (1909): "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", "Obras Completas", Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

FREUD, SIGMUND (1920): "Mas allá del principio del placer", "Obras Completas", Amorrortu, Buenos Aires, 1976.

KLEIN, MELANIE: "Obras Completas", 1975, Paidos, Buenos Aires.

KLEIN, MELANIE (1926): "Fundamentos psicológicos del análisis del niño". Vol. 2, "Obras Completas", 1975, Paidos, Buenos Aires.

KLEIN, MELANIE (1930): "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo.-Vol". 1. "Obras Completas", 1975, Paidos, Buenos Aires.

KLEIN, MELANIE (1952): "Los orígenes de la transferencia", Vol.3. "Obras Completas", 1975, Paidos, Buenos Aires, 1987.

KLEIN, MELANIE (1955): "La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado". Vol. 3. "Obras Completas", 1975, Paidos, Buenos Aires.

MELTZER, DONALD: "El proceso psicoanalítico", 1987, Hormé, Buenos Aires.

SEGAL, HANNA: "Melanie Klein", Alianza, Madrid, 1985.

TUSTIN, FRANCAS: "El cascarón protector en niños y adultos", 1992, Amorrortu, Buenos Aires.

WINNICOTT, DONALD: "Realidad y Juego", 1971, Gedisa, Buenos Aires.

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO*

Alicia Echegoyen**

RESUMEN

Este artículo reflexiona acerca de las intervenciones durante el embarazo y el puerperio, bajo un punto de vista psicodinámico.

Se comienza con una descripción del embarazo como crisis evolutiva, para seguir con algunas reflexiones a cerca de la vulnerabilidad de las madres puerperas. Tres ejemplos clínicos ilustran algunos aspectos psicodinámicos en la depresión puerperal, la crisis y la recuperación.

Se concluye con algunos comentarios acerca de la psicoterapia en el embarazo y puerperio.

EMBARAZO

Es considerado como una crisis única y específica en la vida de la mujer, que debe ser negociada a nivel emocional, interpersonal y social. Para el propósito de este artículo voy a

---

* Ponencia presentada en X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

Traducido por Fernando González Serrano (Psiquiatra).

** Psiquiatra.

centrarme en los cambios intrapsíquicos y en los retos para el equilibrio psíquico que ocurren en esta etapa.

Dinora Pines (1972) escribe "el embarazo es un punto de crisis en la búsqueda de una identidad femenina, es un punto de no retorno tanto si el bebe nace al término del mismo, como si el embarazo termina en aborto.

Implica el final de la mujer como unidad independiente y el comienzo de la irrevocable relación madre-hijo".

Bibring (1961) describe el embarazo como una crisis madurativa caracterizada por cambios psicológicos rápidos y de gran alcance que tienen un profundo impacto sobre la temprana relación madre-hijo. Su tesis es que para que la organización psicológica de la mujer concluya en el estado adulto debe sufrir un significativo grado de disolución como respuesta específica al embarazo, cara a permitir una posterior recuperación hacia una nueva posición no idéntica a la previa.

El embarazo, particularmente el primero enfrenta a la mujer con una tarea intrapsíquica fundamentalmente de crecimiento y cambio psicológico para pasar de ser hija de su madre a ser madre de su bebé.

La madre deberá renegociar sus experiencias infantiles en relación a figuras significativas, particularmente los padres, así como sus propias experiencias como bebé y niña. Durante el embarazo se dan al mismo tiempo una identificación y una diferenciación con la madre externa e interna.

Un proceso similar tiene lugar en relación al bebé real y a la representación interna del bebé. Finalmente hay un nuevo trabajo que incluye de la relación con su propio padre y la integración del papel de su marido o compañero.

Los cambios internos y externos que acompañan al embarazo incluyen algún grado de duelo, tal como la pérdida del bebé ideal o interior cuando se ve cara a cara al bebé real exterior, o la pérdida de la identidad de la mujer como adulto independiente. La situación se complica más cuando aparecen

pérdidas reales de las que hay que hacer duelo, tales como la muerte de un gemelo intraútero o cuando el embarazo reactiva pérdidas previas tales como fallecimientos en períodos perinatales del pasado.

La importancia central de la relación de la mujer con su propia madre es largamente reconocida. La madre tendrá que finalizar con el modo de ser tratada como hija que recibía hasta entonces. Es un reto que puede permitir una mayor madurez e integración si todo va bien, o conllevar depresión y descompensación si fracasa.

DEPRESION PUERPERAL (DESCOMPENSACION)

Hay evidencia clara de una morbilidad psiquiátrica significativa asociada con el nacimiento de un hijo. Oates (1994) informa que al menos un 10% de mujeres van a sufrir un nuevo episodio de trastorno depresivo mayor en el primer año que sigue al nacimiento de un hijo. Un tercio de ellas precisarán tratamiento psiquiátrico. La morbilidad alcanza el 30% si se incluyen episodios depresivos menores. 4 de cada mil parturientas requerirán ingreso psiquiátrico; 2 de cada mil con diagnóstico de psicosis puerperal. La extensión y severidad real de la morbilidad no es del todo detectada, solo 1,7% de todas las parturientas son enviadas a servicios especializados.

En resumen, las mujeres en el postparto tienen riesgo de descompensación psicótica, de sufrir un trastorno depresivo mayor, de tener una hospitalización psiquiátrica o ser derivadas a servicios de psiquiatría, mayor que en otros períodos de su vida.

¿Cuáles son las razones para este riesgo más alto de morbilidad? Algunos estudios sobre depresión indican la importancia de los acontecimientos vitales estresantes, particularmente en la mujer. Brown y Harris (1978) refieren cuatro factores predisponentes:

- Pérdida de la madre antes de los 11 años.
- Ausencia de una estrecha relación de pareja.
- Ausencia de trabajo remunerado.
- Tener tres o más hijos menores de 14 años.

Paykel y Col (1980) encontraron que acontecimientos adversos recientes, ausencia de apoyos sociales y relaciones de pareja pobres son factores determinantes en la depresión postnatal.

Kumar y Robson (1984) refieren que los conflictos de pareja y las dudas intensas relativas a tener un hijo estaban asociadas con depresión pre y postnatal.

Estudios psicoanalíticos han subrayado consistentemente la significación patogénica durante el embarazo y período postnatal de la reactivación de sentimientos arcaicos y conflictos no resueltos en la relación entre la mujer y sus propios padres, problemas acerca de la identidad femenina y de la sobreidealización de la maternidad. Algunos autores psicoanalíticos –Marín (1958), Pines (1993)– han enfatizado la reactivación de sentimientos de culpa ocultos y de rivalidades no resueltas de la situación edípica.

Otros –Lomas (1960), Raphael Leef (1991), Lucas (1994)– han recalcado el significado de la reaparición de primitivos conflictos en relación a la madre.

Hay consenso general en que el embarazo se acompaña de un estado de tumulto emocional y una accesibilidad aumentada a los procesos inconscientes. Esto es particularmente relevante en relación a ansiedades primitivas (acerca del interior del cuerpo, temores de pérdida de la identidad y/o aniquilación, temores de dañar o ser dañada por el feto o por hermanos celosos o una madre envidiosa, etc.). Bibring (1959) describió el estado emocional de la mujer como una especie de despersonalización benigna, caracterizada por procesos

primarios de pensamiento, tempranas ansiedades y agitación emocional.

En el curso normal de los acontecimientos una cierta elaboración y contención de estas ansiedades primitivas y conflictos infantiles tiene lugar, lo que ayuda a la madre en la preparación psicológica para el nacimiento. Los cambios intrapsíquicos requieren una capacidad para tolerar la aparición en la conciencia de nuevas percepciones y sentimientos, la desintegración parcial de las habituales estructuras defensivas y el restablecimiento de una nueva organización defensiva.

Sin embargo, es generalmente aceptado que el puerperio es un período vulnerable para la madre y la familia. En una serie de artículos, Lomas (1958) sugiere que el nacimiento del bebé trae un cambio permanente en la realidad externa y en las representaciones del bebé para la madre. Los cambios tienen un efecto significativo sobre la organización defensiva y el funcionamiento emocional de la madre. Ahora debe enfrentarse a las demandas emocionales e instintivas propias en evolución, de un ser humano dependiente e indefenso. Para que la madre común sea capaz de responder apropiadamente, como describía Winnicott, con "preocupación maternal primaria" (1956) o Bion, "con capacidad de reverie" (1962), ella necesita ser capaz de identificarse con los estados emocionales primarios del bebé sin perder de vista un sentido maduro de interés y responsabilidad.

Esto puede ser particularmente difícil a causa del rebrote de conflictos no resueltos de la paciente, en relación a situaciones infantiles a nivel edípico y preedípico Zachary (1985) opina que el nacimiento y el puerperio pueden ser ambos traumáticos para la madre y el bebé debido a que son un escenario en el que "ansiedades primitivas son removidas en un momento en que es esencial ser adulto". Pienso que es la inevitable tensión entre estados mentales adultos e infantiles la que hace a la madre en el puerperio tan vulnerable y necesitada de un entorno de apoyo y contención.

En la mayoría de las culturas, la mujer se vuelve hacia su propia madre o la familia extensa en busca de ayuda. Intrapsíquicamente toma de sus propias relaciones y experiencias internalizadas con su madre. La ausencia de experiencias suficientemente buenas tanto externas como internas, pone a la madre en situación de riesgo. Por otro lado la provisión de apoyo, incluida la psicoterapia, puede fomentar la elaboración y resolución de conflictos infantiles y cambiar el equilibrio psicológico de la madre hacia una mejor integración entre sus estados mentales adulto e infantil.

La investigación se ha focalizado principalmente sobre las perturbaciones psiquiátricas relacionadas con el embarazo y la psicopatología de la maternidad. El impacto del comportamiento del hijo sobre los estados sobre los estados psíquicos del futuro padre y la psicopatología de la paternidad está convirtiéndose en un área de creciente interés (Marks y Lovestone 1995) lo que contribuiría a una comprensión psicológica mejor y más equilibrada de la paternidad.

ILUSTRACIONES CLINICAS

Caso I

Es un caso de ruptura puerperal en el cual la principal psicopatología subyacente al trastorno mental no se modifico significativamente.

A pesar de la respuesta limitada de la paciente a la intervención psiquiátrica y psicológica intensiva creo que ésta le ayudo a aceptar que podía tener necesidad de una apoyo psicológico si volvía a quedarse embarazada.

La Sra. A es una mujer de 32 años derivada con 34 semanas de embarazo a causa de ansiedad y depresión. Era un primer embarazo planificado. La Sra. A había sufrido severas náuseas y vómitos a lo largo del embarazo y se le había pres-

crito Largactil (un tranquilizante mayor o neuroléptico) como antiemético desde muy temprano.

La Sra. A presentaba una apariencia bastante joven, como una niña. En la entrevista inicial expresaba a la vez una sensación de gran pasividad y expectación de que yo "la rescataría" del camino en que se encontraba. Tenía gran dificultad y reticencia a hablar de sus emociones. Me habló de como había deseado tener un hijo, como ella pensaba que quería ser como madre, y que se imaginaba muy feliz con un bebé.

Su pareja no había estado inicialmente muy entusiasmado pero ella había seguido adelante a pesar de todo. Se había sentido físicamente muy mal desde el comienzo del embarazo y había precisado hospitalización debido a sus vómitos. Sin embargo, había guardado relativamente la calma, ilusionada por el hecho de que iba a tener un bebé. Comenzó a sentirse mentalmente inquieta cuando el embarazo comenzó a hacerse evidente. Se sentía ansiosa y con falta de control en relación a los cambios corporales, y comenzó a sentir gran temor y resentimiento por las limitaciones que el estar embarazada y la futura maternidad iban a traer en su vida.

Acerca de sus antecedentes refirió que era la más joven de tres hermanos. Describía su relación con ambos padres como idílica. Fue siempre una niña y adolescente tranquila y equilibrada. Obtuvo un empleo de responsabilidad como diseñadora teatral. Sin embargo, la Sra. A era muy dependiente del apoyo emocional de su pareja. Se veía a sí misma como un adulto capacitado, luchando por superarse.

Tuve conocimiento de que había tenido un episodio depresivo entre sus veinte y treinta años, tras la ruptura con un novio formal. Había acudido 4 veces a consulta psicológica y se mostraba muy ambivalente acerca de la ayuda recibida. Reconocía haberse sentido mejor pero expresaba un intenso sentimiento de vergüenza y fracaso en relación a aquel tratamiento. Lo había interrumpido por miedo a ser etiquetada como un "caso mental".

Pensé que el dilema fundamental de la Sra. A entre su deseo de aferrase a su propia identidad como adulto capacitado y su terror ante sus propias necesidades y vulnerabilidad estaba bastante claro en la valoración inicial.

Le ofrecí una serie de encuentros semanales, algunos de ellos con su pareja. A medida que nos acercábamos al alumbramiento los síntomas de ansiedad y depresión de la Sra. A se intensificaron. Sus sesiones estaban repletas de reproches y quejas que lanzaba hacia mí. Por otro lado, sus vómitos y náuseas habían cesado. Pensé que los síntomas no eran tan severos como la perturbación mental subyacente. La Sra. A estaba realmente muy enferma. Sentía, casi de modo delirante, que el bebé la había cambiado. Había perdido su habitual alegría de vivir. "Yo no estaba haciendo nada para volverla a la normalidad". Las demandas de la Sra. A hacia varios profesionales y su rechazo total hacia lo que le era ofrecido llegaron a hacerse claramente evidentes. Su pareja, la comadrona, el médico de familia y yo misma fuimos incluidos en una especie de círculo vicioso. Se nos pedía ser una "madre ideal" y fracasábamos miserablemente. Parecía evidente que lo que reflejaba la trasferencia de la Sra. A hacia el equipo cuidador era una repetición de la relación de ella con su madre externa e interna.

La Sra. A. describía a su madre real como ideal - "ellas nunca habían discutido ni estado en desacuerdo. Ella no podía ser criticada por nada". La Sra. A sentía que nunca llegaría a ser tan buena. Internamente se encontraba llena de rencor y críticas hacia sí misma, como si llevase una imagen internalizada de una madre agresiva y despiadada. En conjunto, con su descripción yo no me sentía capaz de formarme una impresión de su madre como una persona real.

Su pareja mostraba un buen nivel de apoyo y temía la esperanza de que las cosas mejorarían después del nacimiento. Por el contrario la situación de la Sra. A se deterioró tras el alumbramiento. Aunque no claramente psicótica, ella estaba

muy agitada y retraída en si misma. Me decía que siempre había sido adorada y mimada por sus padres. Se sentía como una niñita que nunca ha crecido, con falta de preparación total para responsabilizarse de un bebé. Describía su estado mental como "sus nervios a flor de piel, como si una corriente eléctrica atravesara su cuerpo, como si tuviera constantemente mariposas en su estómago". Sentía terror del llanto del bebé (de hecho tenía un niñito bastante placido y calmado).

En este estado tan perturbado, de Sra. A parecía haber perdido toda noción de sí misma funcionando como adulta. Continuaba con su ambivalencia acerca de recibir permanecía, particularmente con un profundo sentimiento de vergüenza de que su familia viese que no hacia frente a la situación. No se permitía a sus padres que la visitasen. Yo vi diariamente a la Sra. A en la sala hospitalaria durante una semana. Fue dada de alta con medicación antidepresiva. Recursos comunitarios (comadrona, medico visitador sanitario) y ambulatorios se organizaron alrededor de ella. Su estado no mejoraba. Tras un par de semanas decidí que fuese admitida en una unidad madre-bebé. Estaba muy agitada, con pensamientos suicidas, incapaz de comer y dormir, no podía cuidar al bebé al que rechazaba emocionalmente. Su pareja aceptó mi propuesta de mala gana. Tras el fin de semana la Sra. A repentinamente volvió a la normalidad. Comenzó a hacerse cargo del bebé y a tranquilizarse considerablemente. Ella me visitó ambulatoriamente en otras cinco ocasiones, a la vez que me indicaba que no necesitaba ni deseaba venir, como si temiese que el hablar acerca de lo que había ido mal la empujase a la locura. A pesar de su reserva, ella acudía puntualmente a las citas y hacía un esfuerzo para contarme como se sentía.

Llegamos a comprender que se había sentido extremadamente ansiosa desde el momento que conoció que estaba embarazada pero había sido incapaz durante largo tiempo de verbalizarlo a sí misma o a otros. Había encontrado una enorme dificultad para tolerar sentimientos normales de frustración

o ambivalencia hacia el bebé mientras estaba embarazada, como había hecho toda su vida en relación a sus figuras significativas. Comprendí que a pesar de que la Sra. A sabía a nivel racional que iba a tener un hijo, a nivel emocional esto únicamente caló cuando iba a la sala de partos. Hasta entonces había sido incapaz de pensar en el bebé como una persona viva en su interior. El nacimiento constituyó así un acontecimiento traumático en el que experimentó al bebé como una amenaza desconocida con la que no podía relacionarse.

La Sra. A no estaba segura de si alguna intervención le había ayudado. No obstante comentaba más confidencialmente que ella "había aprendido a conocer a su hijo" y que sabría qué podía esperar cuando tuviese otro bebé. Se daba cuenta de que podía necesitar apoyo profesional entonces si se encontraba ansiosa.

¿Como comprendemos su retorno a la normalidad y el rechazo de la paciente de una ayuda psicológica? Me inclinaría a pensar que la Sra. A mantuvo en su interior todo el tiempo su identidad de adulto con "capacidad de crecimiento" (en identificación con una figura maternal idealizada). Sus necesidades,su depresión, dependencia, dolor y vulnerabilidad (representación de su self infantil en relación a su madre) estaban negados. Contrariamente a la "apertura" y relajación de las defensas de una madre normal habitualmente observadas durante el embarazo, la Sra. A se mostraba más rígida. Continuo a lo largo del embarazo en un estado de profunda negación de las implicaciones emocionales de tener un hijo. Sus perturbaciones íntimas (sus conflictos no resuelto en relación a su madre) estaban negadas e identificadas en el bebé que iba a nacer. El nacimiento de éste forzó la identificación de la Sra. A con una "figura materna capaz" y le inundó con sus estados emocionales primitivos infantiles de una intensidad psicótica. El repentino retorno a la normalidad fue, bajo mi punto de vista, una reafirmación de la negación de sus necesidades (sus aspectos de bebé) por lo cual ella no deseaba tener más tra-

tamiento. Optó por su re-identificación con una figura materna idealizada.

En conjunto la solución patológica de la Sra. A consistía en preservar la escisión interna entre sus capacidades adultas idealizadas, y su dependencia y necesidades infantiles denigradas y odiadas, proyectadas en los profesionales que dispensaban cuidados y que ella deseaba evitar. Había alguna evidencia que sugería una cierta ambivalencia en relación al bebé. Parecía haber oscilado del pánico a la idealización del bebé "quien no podía temer ningún aspecto malo".

Por el lado positivo parecía que podía haberse dado una cierta integración de los sentimientos ambivalentes de la Sra. A acerca de su necesidad de ayuda. Estoy refiriéndome a la Sra. A manteniendo sus consultas conmigo a pesar de su resistencia, y su conciencia de que podía necesitar apoyo profesional en un próximo embarazo. También se había dado cuenta de que había sido capaz de conocer a su bebé como persona real y no eran tan amenazantes las demandas y aflicciones del niño. La buena disposición ante las demandas de su hijo dio también a la Sra. A cierta reafirmación de su capacidad maternal lo que inició un positivo intercambio entre ellos.

Me pregunto si se habrá dado alguna internalización del terapeuta como figura maternal "que desea conocer" tanto acerca del bebé como de los estados mentales, que la permitiese crear un espacio mental para "llegar a conocer" a su propio bebé.

Caso II

Se trata de una madre con historia previa de una depresión puerperal severa. La Sra. B fue derivada a las 33 semanas de embarazo tras la repentina muerte en útero de uno de los gemelos. El trabajo se focalizó en el duelo por el bebé muerto, su conexión con el duelo tras la pérdida inesperada de su

padre en la temprana adolescencia y la posterior elaboración a través de su relación edípica con su madre. La Sra. B se benefició de la psicoterapia para trabajar sus pérdidas y comenzar a examinar su culpa edípica, la influencia sobre su feminidad y su relación sexual de pareja. No hubo recurrencia de la depresión puerperal.

La Sra. B se presentó como una mujer sensible e inteligente en nuestra primera entrevista. Estaba preocupada comprensiblemente por la muerte del gemelo. Como era de esperar, encontraba dificultad para mantener al mismo tiempo su dolor por la muerte de un bebé y la esperanza en el bebé vivo.

La Sra. B había nacido en Oriente Medio, de un padre jordano y una madre inglesa. Era la mayor de tres hermanos. Su padre era un hombre difícil y, en ocasiones, usaba la violencia física con su madre, a lo largo de su infancia. Los primeros años de la Sra. B estuvieron influidos por el miedo al padre. Con su madre tuvo una gran cercanía, siendo su apoyo y confidente durante años. Cuando tenía 12 años, su madre decidió venir a Europa sin decir nada al padre. Le pidió a la Sra. B que guardase esta decisión como un secreto, teniendo que enfrentar la brusca pérdida de su país y su padre sin ningún tipo de control o preparación. La Sra. B no ha tenido contacto con su padre desde entonces.

La Sra. B sufrió períodos depresivos desde la adolescencia. Los relacionaba con su temor a los hombres y con problemas en separarse de su madre con la que había estado en una buena y estable relación durante 10 años.

Sufrió una severa depresión durante el primer año de vida de su hijo, no podía vincularse con el bebé. Recibió tratamiento a base de medicación antidepresiva y orientación psicológica, y también le ayudó la vuelta a su trabajo. Encontraba muy difícil la relación con su propia madre cuando el bebé era pequeño. Se sentía muy insegura como madre y algo esperanzada de que su propia madre le diese de apoyo y guía

“sobrehumanos”. La Sra. B había profundizado en la comprensión de sus sentimientos de desacuerdo y cólera cuando su madre no cumplía tales expectativas. Ella conocía poco sus posibles exigencias hacia sí misma como madre lo que contribuía a sus sensaciones de depresión y pérdida de autoestima cuando estaba luchando para establecer su propia identidad como madre.

En la entrevista inicial yo me preguntaba si la muerte repentina de su gemelo y los sentimientos de incapacidad de la Sra. B, de falta de preparación y control sobre esa pérdida repentina, habían despertado el trauma de la pérdida de su padre y su país en el pasado.

La Sra. B lloraba frecuentemente. No había hablado a nadie acerca de la pérdida de su padre.

Mi valoración inicial con la Sra. B a solas fue seguida de un encuentro junto a su marido. El Sr. B parecía un hombre bastante tranquilo y reservado. Me dijo que su familia de origen era fría y poco comunicativa. Había encontrado siempre enorme dificultad para conseguir implicarse emocionalmente y solicitar apoyo emocional. La pareja habló de sus temores de que el bebé vivo pudiera nacer muerto o dañado. El Sr. B comentó acerca de su temor a una nueva recaída de su mujer tras el nacimiento. Estaba inquieto ante algunas obligaciones de su mujer teniendo en cuenta su fragilidad.

La Sra. B que había estado llorosa la mayor parte de la entrevista reconoció que, aunque se sentía bastante preocupada y vulnerable con el bebé fallecido en su interior, también tenía cierta fortaleza que deseaba que fuera reconocida por su marido. La pareja señaló que expresar entre ambos sus necesidades mutuas seguía siendo difícil.

Yo ofrecí a la Sra. B y a su pareja una serie de entrevistas.Su bebé Hugo nació 3 días más tarde. Se les informó con bastante certeza de su buena salud. Vi a los padres junto con

el bebé una semana más tarde. Ambos parecían relajados y algo melancólicos. La madre me dijo que estaban los dos contentos con su bebé.

La madre sentía que se había vinculado con el bebé. El padre comentó su alivio porque el niño no tuviese daño cerebral aunque pensaba que seguiría con cierta preocupación ¡durante los próximos 20 años! La madre se refirió a la palidez y mansedumbre del bebé, y al temor de que pudiera morir. Me encontré con la Sra. B ocho veces más. Su marido acudió a 3 de estas entrevistas, debido, en parte, a sus obligaciones laborales. Comprendí más tarde la necesidad inconsciente de alejarse de las sesiones.

El trabajo se enfocó sobre dos aspectos: el duelo del bebé fallecido y la ayuda a los padres para crear un vínculo con el gemelo vivo. Esto significó para los padres, especialmente para la madre, separar la imagen mental del niño vivo y el muerto. Para la Sra. B. También suponía separar al bebé muerto de la imagen de su padre y así elaborar esa pérdida. El otro aspecto trabajado era el relativo a las expresiones y respuestas de la pareja ante sus necesidades mutuas. Fue bastante difícil para la madre separar y a la vez mantener en su mente las imágenes del niño vivo y el muerto.Ello se le impuso técnicamente y tuvo un impacto en la contratransferencia. Expondré algunos fragmentos de 2 sesiones para ilustrarlo:

Segunda sesión tras el nacimiento: La madre vino acompañada del bebé con aspecto más alegre. Advertí que el niño tenía un color más vivo. Se despertó al entrar en la sala, cogió con facilidad el pecho y pasó la mayor parte de la entrevista mamando plácidamente. La madre me dijo que se sentía bien. Se sentía cercana a su bebé y capaz de asistirle. Su madre había venido a ayudarla. Había tenido momentos de llanto como el lunes anterior cuando el bebé fallecido fue incinerado. Yo hablé sobre el dilema intolerable de sentirse vinculada al hijo vivo, alimentándole con su pecho y tener también un vínculo

con el hijo muerto. Me dijo que a menudo confundía sus nombres. El ambiente se tornó muy triste. Después de una pausa me dijo que se encontraba más confiada y segura con su bebé. Era fácil de atender y calmar. Hablaba acerca del apoyo recibido; pensaba que hablar de la muerte del otro bebé era provechoso. Siguió comentando lo agradable y reasegurador que era el que su hijo fuese engordando. Se había sentido orgullosa y pensaba cara al exterior "los dos somos todo un equipo". Durante este diálogo tuve que abandonar dos veces la estancia (por urgencias en el servicio en el que era consultora). La madre se encontraba a gusto, estaba alimentando al bebé cuando yo volví la segunda vez. Me dijo que sentía que el niño tenía aspectos de ella y otros de su marido, pero en conjunto era diferente de ellos y ella tenía esperanza de que creciese y se desarrollase. Era casi el final de la sesión. Añadió que la próxima vez deberíamos hablar de Peter (el gemelo muerto), era necesario introducirle. Más tarde, pensando en la sesión caí en la cuenta de que había sido llamada fuera de la consulta en el momento en que la madre había mencionado al bebé muerto (hablar del bebé muerto era provechoso) y paso a hablar sobre el vivo. También me di cuenta de que al volver, no había rescatado el tema de Peter, concentrándome en Hugo. Me pregunto si la "urgencia exterior" había sido inconscientemente utilizada por mi para evitar lo difícil que estaba aconteciendo en la consulta, el contener en la mente al mismo tiempo al bebé vivo y al muerto, como me recordó la madre al final de la sesión.

La vi de nuevo la siguiente semana *(tercera sesión).* Vino con su hijo Hugo quien miraba más despierto. La madre me dijo que se sentía feliz con el bebé, pero parecía bastante desbordada. Habló mucho de su bebé muerto y de los asuntos relativos al funeral. Estaba muy preocupada por Hugo, que se había resfriado y se sentía descontrolada. Se la veía angustiada. Comenté que parecía aterrorizada pensando que Hugo pudiese morir como el otro. Ella asintió. Aún estaba preocupada por la calma de su hijo; a veces le percibía como un fantasma.

Me habló también de la dificultad de su marido y de ella para llorar por el hijo muerto. Yo comenté sobre este bebé muerto que flotaba a su alrededor como un fantasma, ni vivo ni muerto (como si no hubiese tenido funeral todavía) pero con una presencia que hacía sentirle, confundido con Hugo. (Me di cuenta en ese instante de mi dificultad para no confundir los nombres de los dos bebés). La madre pareció alegrarse en respuesta a ese comentario y comenzó a hablar de modo realista acerca de los preparativos del funeral. Charlamos de la dificultad y el dolor de enterrar un pequeño que apenas había tenido vida.

La madre me dijo muy triste que apenas tenía recuerdos del bebé, no había recuerdos bonitos para guardar. Poco antes del final de esa sesión hablamos de la relación entre la muerte de Peter y la separación de su padre cuando tenía 12 años y la ausencia de recuerdos felices de él.

La *cuarta sesión* se centro en la pérdida de su padre real, la pérdida del padre que hubiera deseado tener y la depresión de su marido.

Durante la *quinta sesión* se pudo apreciar como cada uno de los padres se ocupaba de su duelo de manera ligeramente distinta. La Sra. B estuvo preocupada con el bebé muerto durante un tiempo. Por momentos confundía al bebé muerto con el vivo, y en otros asociaba al gemelo muerto con su propio padre. Estas conexiones venían espontáneamente a su cabeza y le asustaban algo. Cayó en la cuenta de que había elegido Peter, el nombre de su padre, para el gemelo muerto.

Su marido hacia frente al problema volcándose en su trabajo lo que dificultaba enormemente el responder a las demandas sexuales de la Sra. B. Se apreciaba que había habido dificultades sexuales intermitentes entre ellos.

Comprendimos que la Sra. B había enfrentado la pérdida de su padre excluyéndole completamente. Se había vuelto la pareja de su propia madre en una cerrada relación que excluía

a sus hermanos - el rechazo de la madre de la Sra. B de los hombres, desde un punto de vista sexual, confirmaba la posición particular del Sr. B en la familia. Ello hacia también muy difícil el que se adueñase y gozase de su feminidad y su sexualidad. A menudo se comportaba en relación a su pareja excluyéndole emocional y sexualmente y apoyándose en su hijo para satisfacer sus necesidades. Su marido accedía a ello apartándose. La Sra. B nunca había pensado o hablado de la pérdida de su padre. La comprensión de la emergencia de dicha pérdida en relación con la muerte del bebé hizo aparecer un área fructífera de trabajo que tuvo efecto positivo sobre las relaciones sexuales de la pareja.

Parecía que la pérdida traumática del bebé conmocionó profundamente al Sr. B y rompió su patrón defensivo y su apartamiento emocional. La conciencia de la Sra. B de su propio dolor y vulnerabilidad mejoró la adaptación cotidiana de la pareja. Tener que responder a las demandas de su marido en el terreno de la intimidad sexual confrontó a la Sra. B con dificultades asentadas profundamente que había evitado anteriormente. Al final de nuestro trabajo juntos ambos padres sintieron que habían elaborado algo del impacto de la pérdida del bebé y que el trauma experimentado había sido, hasta cierto punto, un impulso para crecer y desarrollarse. Dejaron claro que tenían dificultades en su relación pero, que necesitaban continuar adelante, de manera globalmente optimista en relación al futuro tanto como pareja como padres de su bebé Hugo.

*Caso III

La Sra. C fue derivada a las 34 semanas de embarazo debido a sentimientos depresivos y a dificultades en el sueño durante las últimas semanas.

Una intervención de dos sesiones ayudó a la Sra. C a elaborar cuestiones de la adolescencia acerca de la identidad y la separación emocional de su madre reactivadas en su embara-

zo. El bebé fue planeado y esperado con ilusión. La Sra. C tenía un matrimonio estable y feliz. Describía a sus padres como básicamente buenos aunque algo intrusivos afectivamente en su intimidad. Esto se daba particularmente con su madre quien era descrita como completamente devota para sus hijos sin apenas tener tiempo para si misma. La Sra. C sentía que a pesar de que había recibido mucha seguridad y cuidados de su madre, nunca había sido capaz de sentirse independiente y madura.

La Sra. C tenía un buen historial académico y había obtenido su primer grado en Cambridge. Se había sentido amargamente decepcionada con sus resultados; esperaba ser más brillante. Pensaba que había defraudado a su madre. Tras la Universidad desempeñó trabajos de poca exigencia intelectual en el extranjero durante algunos años como dependienta en un comercio y como técnica de laboratorio. Conoció a su marido entonces y él fue quien la animó a proseguir estudios de medicina a su vuelta de Inglaterra.

La Sra. C expresó sentimientos positivos sobre su embarazo a lo largo de la primera entrevista. Su preocupación principal era su inexplicable depresión y su miedo a que pudiera afectar a los cuidados del niño. Estaba inquieta y temerosa por sus dificultades de sueño. Cuando le pregunté qué le mantenía despierta, me enteré de que se encontraba muy preocupada con su licenciatura en medicina. Esperaba haberla terminado antes de tener el hijo y estaba encontrando muchas dificultades para lograrlo. Más adelante se apreciaba que tenía establecidas metas poco realistas para si misma y se estaba sintiendo completamente decepcionada a causa de no lograrlas.

Relacioné su sentimiento de decepción actual con otro similar al finalizar su graduación en Cambridge, lo cual tuvo mucho sentido para ella. Espontáneamente me dijo que sentía que su licenciatura de medicina se estaba desmoronando como sentía que había ocurrido con su graduación primera.

Comentamos entonces como se había entregado a su carrera académica durante años debido a sus sentimientos de vergüenza y fracaso hacia si misma y su familia. Consiguió calmarse y dejó de llorar.Nos centramos en su necesidad de "preparar la habitación del bebé y fijar metas realistas en su trabajo".

La Sra. C me dijo que se había sentido mucho mejor cuando nos vimos dos semanas más tarde. Había percibido como una gran ayuda el darse cuenta de que había una conexión entre sus expectativas y decepciones relativas a sus logros académicos actuales y su graduación en Cambridge. Había logrado ver que este modelo lo aplicaba en otras situaciones de su vida. Se sintió así mismo aliviada al darse cuenta de que su depresión no estaba causada por el embarazo lo que podía haberla llevado a tener una descompensación tras el nacimiento.

Había decidido fijar algunas metas más realistas para sí misma que incluían la finalización de sus estudios de medicina tras el nacimiento del bebé. Estaba también pensando con más profundidad sobre la relación con sus padres. Había llegado a darse cuenta de que necesitaba tener una abierta charla con su madre para ser capaz de conseguir al mismo tiempo su apoyo y una distancia afectiva prudente de ella. La Sra. C habló de su deseo de volver a trabajar y la inevitable tensión que sentía de antemano. Dedicamos una parte de la sesión a ampliar la discusión sobre como guardar interiormente a su madre y a la vez aceptar que era diferente a ella, no solo la hija de su madre sino una adulta, una futura madre, que podía continuar por un camino distinto, por ejemplo el de una madre que trabaja fuera del hogar. Tras ello nos despedimos sin fijar nueva cita.

La Sra. C me escribió dos meses después de nacer su hijo. Me decía que se sentía bien y disfrutando enormemente de su chiquitín. Estaba pensando en retornar al trabajo en unos pocos meses. La relación con su madre había mejorado des-

pués del nacimiento; se sentía apoyada y confiada viendo que su madre estaba feliz de ser abuela, y estaba consiguiendo llevar su propia vida. Sentía que los encuentros que habíamos mantenido le habían ayudado a apreciar los grandes cambios emocionales que la maternidad conllevaba y a valorar la infancia y los cuidados que ella había recibido. "Me hizo más relajada como madre el pensar que la educación que me dieron mis padres no fue mala, y que yo no tenía que replantear todo lo que debería hacer cotidianamente por mi hijo".

Pienso que el embarazo de la Sra. C hizo reaparecer aspectos no resueltos en la adolescencia de su identidad adulta y de la separación de su madre.

¿Estaba terminando sus estudios y teniendo un hijo como parte de la responsabilidad de adulta o era para agradar a su madre? La breve intervención capacitó a la Sra. C para desenredar la imagen infantil (interna) de su madre, percibida como sin ocuparse de si misma, pasando a una más realista, como de una abuela buena ayudando sin apropiarse. Este proceso de reconciliación "interna y externa" también significó que la Sra. C debía responsabilizarse del hecho de que desease seguir un camino diferente, el de una madre trabajadora. Supuso al mismo tiempo que ella debía sacar provecho del reconocimiento de sus propias limitaciones, llegando a la conclusión de que aún no siendo brillante, era bastante buena. Todo ello yo creo que la ayudo a apreciar su educación bastante buena (como afirmaba en la carta), a internalizar selectivamente las cualidades que valoraba en su madre y descargarse de otros atributos no acordes a su personalidad.

LA PSICOTERAPIA EN EL EMBARAZO

Sugiero que el embarazo es un período evolutivo donde, en muchos casos, una intervención psicoterapéutica puede ser necesaria y beneficiosa.

Las investigaciones indican que muchos embarazos no están exentos de angustia y malestar.

Kuman y Robon (1984) encontraron una tasa aumentada de depresión neurótica en la fase inicial del embarazo y en el postparto. Un reciente estudio (1988) utilizando un cuestionario de Salud General muestra un 29% de casos en Londres, principalmente presentando depresión neurótica.

También los padres que esperan un hijo parecen más afectados. Dvenport y Adland (1982) informan de una incidencia mayor de crisis en el período perinatal en padres con historia de trastornos afectivos bipolares. Otros estudios sugieren una tasa mayor de depresión y ansiedad (Ballard et al 1994) o síntomas somáticos (Candon 1987).

En conjunto se ha escrito mucho sobre el impacto del embarazo y la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas en la mujer embarazada.

En un artículo muy interesante R. Leef (1982) habla acerca de las necesidades psicoterapéuticas cara a la maternidad. Sugieren que "el propósito del embarazo no es únicamente crear un bebé sino, a la vez, producir una madre". El autor postula que la capacidad de ser madre de un recién nacido es la evolución de un trabajo emocional logrado durante el embarazo.

El embarazo representa, por lo tanto, un período de preparación emocional y un ensayo para la maternidad.

R. Leef describe tres tareas psicológicas mayores que deben completarse durante el embarazo para que la madre sea capaz de desarrollar su identificación, consciente e inconscientemente, con la maternidad en preparación al nacimiento del bebé.

Estas son:

a) Una fusión simbiótica con el feto en el período inicial del embarazo.

b) Una progresiva diferenciación del self y el feto tras un breve período.

c) Una gradual separación emocional de madre y bebé, culminando en la separación física al nacimiento.

d) La mayoría de las mujeres alcanzan estos cambios madurativos de forma intuitiva, sacando de sus propias experiencias de ser cuidadas en el pasado y lo recibido del entorno inmediato.

Algunas mujeres no son capaces de lograr solas esta preparación. El profundo impacto emocional del nacimiento del bebé es, con frecuencia, experimentado como una perturbación de proporciones traumáticas que afecta el equilibrio de la mujer y la familia.

El autor ha identificado tres grupos de "problemáticas del embarazo":

1. Conflictivo, donde el embarazo no es planificado, es inoportuno o impuesto (por ejemplo resultado de violación o incesto).

2. Complicado por acontecimientos vitales negativos, problemas físicos o socioeconómicos.

3. Sensibles emocionalmente, donde el embarazo es infra o sobre valorado debido a acontecimientos que afectan a la mujer o familiares cercanos (tales como pérdida perinatal, historia previa de infertilidad, muerte de la madre en la infancia, hermanos minusválidos, etc…) o debido a sus propias perturbaciones psicológicas.

Los casos de riesgo requieren intervenciones oportunas que pueden incluir un abanico de servicios y profesionales, tanto en el embarazo como en el puerperio. Para el propósito de este artículo me he centrado en las embarazadas sensibles emocionalmente, en las que creo que tempranas intervenciones psicoterapéuticas pueden ser de gran ayuda para resolver

o aliviar los factores de vulnerabilidad que pueden conducir a una descompensación puerperal como se ha descrito anteriormente.

Algunas mujeres presentan claras perturbaciones tales como paranoia, depresión, ataques de pánico, síntomas obsesivos. En otros casos alteraciones neuróticas que han permanecido ocultas son expresadas por medio de reacciones inapropiadas al embarazo tales como ansiedad excesiva en relación a la supervivencia del bebé, acerca del parto y el nacimiento, o quejas hipocondríacas o psicosomáticas (intensos vómitos, dolores). Finalmente otras mujeres pueden encontrarse bloqueadas en alguna fase del desarrollo psicológico durante el embarazo.

De las opciones posibles de tratamiento tales como psiquiátrico, apoyo comunitario, grupos de discusión, técnicas cognitivo-conductuales, etc... yo sugiero que la psicoterapia focal de de corte psicoanalítico está particularmente indicada.

El objetivo es traer a la conciencia relaciones objetales y representaciones primitivas que han permanecido conflictualizadas y sin resolver. Como describía previamente hay una permeabilidad en los límites psicológicos entre consciente e inconsciente, estados mentales primitivos y adultos, experiencias pasadas y actuales, en el embarazo, que facilita la introspección y la elaboración. A la vez el estado íntimo de desequilibrio emocional y el límite temporal del proceso del embarazo son poderosos estímulos que ayudan a la resolución del conflicto y a la integración de los aspectos infantiles de la personalidad con los más maduros, de un modo relativamente rápido. Desde mi experiencia clínica los problemas no resueltos en relación a la madre y los duelos no elaborados (pérdidas de figuras significativas en el embarazo o pérdidas perinatales pasadas) son factores patogénicos poderosos que se encuentran comúnmente.

El embarazo de la Sra. A conmocionó su vida, durante largo tiempo defendida a la hora de afrontar problemas con su ambivalencia en relación a su propia madre, idealizada como la buena madre que había tenido, negando su propia hostilidad y vulnerabilidad infantil no resueltas.

La repentina muerte de un gemelo reabrió en la Sra.B el capítulo cerrado y secreto de la brusca pérdida de su padre en la temprana adolescencia.

La frágil sensación de la Sra. C de tener una identidad separada de su madre, como una mujer adulta y universitaria, se hizo patente por las demandas emocionales del embarazo.

Creo que intervenciones cortas y focalizadas en estos casos descritos mejoraron alguno de los problemas y ayudaron a las madres a vincularse con sus bebés de una forma más positiva. Las tres madres continuaban bien a los 3 y 6 meses de seguimiento.

Los efectos de la depresión maternal sobre la relación madre-bebé y sobre el desarrollo del niño han sido claramente demostrados (Murray-Stein 1991, Caghill et al 1986, Caplan et al 1989) así como su impacto sobre las relaciones de pareja y familiares.

Estudios clínicos (Hayman 1962, Pines 1982, Lester y Notman 1988, St. Andre 1993) indican que intervenciones tempranas en futuras madres o en el puerperio pueden prevenir descompensaciones, acelerar la recuperación y quizás conducir a cambios de personalidad más duraderos que tendrán consecuencias para el niño y la familia. Nuevas investigaciones son necesarias para confirmar estos hallazgos clínicos.

BIBLIOGRAFIA

BIRBRING, G. (1959): "Some considerations of the psychological processes in pregnancy". "Psychoanalytic study of the child", 14; 131-132.

BROWN, G & HARRIS, T. (1978): "The Social origins of depression". London: Tavistock Publicatons.

KUMAN, R & ROBSON, K.M. (1984): "A prospective study of emotional disorders in child bearing women". "British Journal of Psychiatry", 144; 35-47.

LOMAS, P. (1960): "Dread of envy as an aetiological factor in puerperal breakdown". "British journal of Medical Psychology", 33; 105-112.

LOMAS, P. (1960) "Defensive organisation and puerperal breakdown". "British Journal of Medical Psychology", 33: 61-66.

LUCAS, R. (1994): "Puerperal psychosis: vulnerability and aftermath". "Psychoanalytic Psychoterapy". Vol 8, N.º 3, 1994, 257-272.

MAIN, T. (1958): "A fragment of mothering", in: "The Ailment and other psychoanalytic essaya", Chapter 10: 157-167. Free Association Books, 1989.

PAYKEL, E.S. EMMS, E. FLETCHER, J. et al (1980): "Life events and social support in puerperal depression". "British Journal of Psychiatry", 136: 339-346.

PINES, D. (1972): "Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality". "British Journal of Medical Psychology", 45: 333-343.

PINES, D. (1993): "A woman's unconscious use of her body". Virago Press.

RAPHAEL-LEEF, J. (1991): "Psychological processes of childbearing". Chapman and Hall.

ZACHARY, A. (1985): "A new look at the vulnerability of puerperal mothers". "Psychoanalytic Psychotherapy", Vol 1. N.º 3, 1985, 7-189.

MODALIDADES TERAPEUTICAS EN LA ASISTENCIA A NIÑOS Y ADOLESCENTES: LAS DINAMICAS SUBYACENTES*

Eulàlia Torras de Beà**

La organización de servicios públicos de salud mental infantil y juvenil ha significado en nuestro país el inicio de una nueva época en la asistencia en psiquiatría y psicología del niño y el adolescente. En Cataluña, que es la zona que conozco, en los últimos 10 o 12 años se han ido desplegado diversas redes de centros de asistencia, sectorizados, a cargo de la Administración: los Servicios de Salud Mental Infantil y Juvenil, los Servicios de Atención Precoz, los Equipos de Atención Psicopedagógica, los EAIA (equipos de atención a los grupos de riesgo), etc. Este enorme progreso en la organización de la asistencia ha representado al mismo tiempo un cambio importante cualitativo y cuantitativo en la demanda. Como sabemos, la presión de la demanda es una dificultad para los equipos, especialmente si se une a la presión de las situaciones socialmente graves. Pero estos cambios han sido también estímulo de nuevos aprendizajes para los profesionales, para dar la respuesta adecuada. Por eso, entre las muchas cosas buenas

---

* Ponencia presentada en X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

** Psiquiatra y Psicoanalista. Servicio de psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Cruz Roja. Barcelona. Fundación Eulàlia Torras de Beà.

que nos ha aportado la organización de la asistencia pública está el estímulo a la creatividad dentro de la asistencia.

En estos años, al menos en algunos servicios, hemos pasado de unos modelos asistenciales por así decir clásicos, adecuados a la práctica privada, a otros flexibles y variados, imprescindibles en la asistencia pública, que buscan integrar el enfoque válido con el viable según el tipo de problema, las condiciones de la familia y los recursos de todo tipo con que contamos o que podemos desarrollar.

Decía que el modelo clásico era el adecuado a la práctica privada ya que cuando era la familia quien pagaba la asistencia, aunque fuera en un hospital y la cuota fuese módica, eran necesarias dos fases: la consulta diagnóstica y el tratamiento. La primera, además del diagnóstico y de la orientación terapéutica, debía dar idea de lo que representaría el tratamiento, especialmente en dinero y tiempo. Después del diagnóstico, la familia decidía si aceptaba la propuesta o no, si podían y querían pagarla, si dejarían pasar el tiempo, si realizarían otras consultas o lo que fuera.

En la consulta pública, en cambio, el hecho de que la familia pague la asistencia en forma indirecta a través de la Administración, libera al profesional de la cuestión económica y hasta cierto punto amplía sus posibilidades para poder trabajar como cree que debe hacerlo dentro de las condiciones que tiene. Estas condiciones o recursos mejoran cuando el enfoque es creativo, inventivo.

EVOLUCION DE LA TAREA EN LA ATENCION PÚBLICA

En síntesis diría que con la entrada en la asistencia pública nuestro trabajo ha evolucionado decididamente en las siguientes líneas:

1. Destacando la importancia de la focalización para conseguir que la asistencia sea estructurada. Toda nuestra actividad, para ser orientada, necesita tener en cuenta el foco del problema en cada momento.
2. Potenciando los elementos terapéuticos del trabajo diagnóstico y pronóstico. Como he dicho en otra parte (Torras, 1991) "el tratamiento comienza en la primera entrevista y la exploración y el diagnóstico terminan en la última entrevista, con el alta". Por eso, utilizamos intervenciones terapéuticas ya en el período diagnóstico, como la intervención terapéutica desde la primera entrevista, grupos de inicio, intervención terapéutica durante la exploración por tests o por entrevistas...
3. Atendiendo antes –poco después que han pedido hora– con ambición contenida y finalidad exploratoria. La exploración continuada nos permitirá ajustar nuestras expectativas y propuestas terapéuticas a lo que vayamos observando.
4. Ofreciendo intervenciones terapéuticas con fuerte intencionalidad exploratoria. O sea, ofreciendo intervenciones cortas, a medida, decididas según lo que vamos encontrando, en forma de seguimiento psicoterapéutico, intervenciones breves o grupos cortos. Estas intervenciones no significan un compromiso largo para la familia ni para nosotros y nos permiten conocerles y que conozcan mejor lo que ofrecemos. Se trata de una forma terapéutica y exploratoria de comenzar el proceso, que según se vaya viendo permitirá decidir mejor los pasos y propuestas posteriores.
5. Diferenciando la orientación terapéutica para el presente, o sea, según lo que sucede ahora (situación emocional y carácter, situación familiar, amigos, escuela...) y la orientación terapéutica para el futuro. Todo esto sin hacer renuncias prematuras que podrían significar pérdidas innecesarias.

SENSIBILIDAD ESPECIAL DURANTE EL PERÍODO DIAGNÓSTICO

Entre las razones para este enfoque destacaría la sensibilidad especial del paciente y de la familia que caracteriza al período diagnóstico. La ansiedad y la esperanza en la consulta les mantiene a la expectativa y les hace más receptivos. Puede decirse que en ese primer período se encuentran entre la esperanza y la ilusión por una parte, y una posición ilusa por la otra. Se han decidido a consultar y están esperando nuestra respuesta: qué hallaremos, qué arreglaremos. Hay miedo, esperanza y en algún lugar, la expectativa mágica de que lo arreglemos todo sin que cueste nada.

Por supuesto, hay familias que llegan no solo con poca esperanza, sino con la idea defensiva de que lo que hagamos no servirá para nada, "no creen en la psicología", "será hablar por hablar"... Pero según vaya la relación con nosotros estas familias pueden también interesarse y confiar.

Después del período diagnóstico, cuando hemos completado suficientemente la exploración y les hemos explicado nuestra forma de entender el problema y lo que recomendamos, o sea nuestra síntesis diagnóstica y el plan terapéutico, el tipo de atención y la forma de estar pendiente cambian. No se ha producido nada mágico, no hemos arreglado todo, no les damos el consejo definitivo sino que, por el contrario, les proponemos participar en una tarea, un esfuerzo: eso a veces produce decepción y desinterés. En ocasiones éstos se hacen manifiestos a través de olvidar entrevistas o sesiones, de llegar con retraso y de poner dificultades a lo que les proponemos o incluso abandonando. Por estas razones, nos parece válido aprovechar el período diagnóstico, que a veces será el único de que dispondremos –a veces solamente una primera, o unas pocas, entrevistas– para ofrecer elementos terapéuticos.

En realidad, nuestro objetivo y a la vez reto **es convertir en terapéutica toda nuestra tarea con la familia, todo lo que**

hacemos. Consideramos terapéuticos aquellos factores que promueven la evolución favorable del niño y de la familia, estimulan el desarrollo de los aspectos sanos, mejoran la capacidad de relacionarse y aprender. En síntesis, se trata de conseguir cambios hacia dinámicas evolutivas allí donde había círculos viciosos o estancamiento.

FUNDAMENTOS DE LA ASISTENCIA

Toda nuestra tarea asistencial desde la asistencia primaria al psicoanálisis –o también, desde la primera entrevista al psicoanálisis incluyendo tanto los tratamientos de tipo psicoanalítico como los de tipo reeducativo– se organiza alrededor de tres ejes fundamentales:

1) La relación significativa con el paciente y la familia.

2) Las funciones psicoterapéuticas básicas.

3) La atención al foco.

Desde el primer momento, cuando comenzamos a escuchar o incluso antes, cuando damos la hora, establecemos con el paciente y la familia una relación significativa, emocional, terapéutica y exploratoria. Significativa porque lo que sucede en ella tiene o va ganando significado para el paciente y para nosotros y además, porque en ella se crean o amplían elementos significativos. En esta relación influyen por un lado nuestras características personales y profesionales y por otro las características de la familia que recibimos.

Nuestras características personales y profesionales influyen a los distintos pacientes y familias de diferente manera. Hasta cierto punto, factores que pueden facilitar la tarea con una familia, como nuestro aspecto o carácter, pueden ser un obstáculo con otra. Pero algunos factores tienen importancia siempre, entre ellos nuestra formación y experiencia y la capacidad que tengamos de ejercer funciones psicoterapéuticas.

Estas funciones psicoterapéuticas constituyen el segundo punto. Ellas comprenden nuestra receptividad, atención, interés, disponibilidad. Escuchamos y observamos siguiendo una especie de sistema de zoom: moviéndonos de lo general a los detalles y de estos nuevamente a una visión más panorámica. Lo que escuchamos evoca en nosotros asociaciones que nos inspiran líneas de exploración, hipótesis e interrogantes. Es también importante nuestra función de preguntar, de compartir con la familia estos interrogantes. Preguntamos para completar, verificar o corregir hipótesis. Nuestras preguntas dan a conocer al paciente y a la familia qué nos interesa, cómo relacionamos los datos y construimos hipótesis. Además, los estimula a observar, a fijarse en aspectos que les han pasado por alto y que pueden ser muy significativos. En algún momento de este proceso, comenzamos a verbalizar las hipótesis que hemos ido construyendo y así ofrecemos nuestra forma de entender lo que hemos ido escuchando y observando, nuestra forma de explicárnoslo. Para el paciente y la familia se trata, habitualmente, de un punto de vista nuevo. En síntesis, ejercemos funciones de contención e interpretación. Funciones similares han sido también llamadas “reverie”, por Bion, “anticipaciones maternales”, por Lebovici, “holding”, por Winnicott, aunque estos conceptos no se superponen del todo. En las diferentes modalidades terapéuticas las funciones psicoterápicas se combinan con otros elementos que son los que dan especificidad a la modalidad terapéutica.

En cuanto al tercer punto, entendemos por foco el núcleo del problema, la dinámica en círculo vicioso que lo produce y cronifica. En general el foco consiste en un trastorno de las relaciones interpersonales y de la comunicación y señala los objetivos de nuestra tarea terapéutica, lo que ha de modificarse para que la evolución pueda proseguir.

Es importante reconocer el foco desde la primera entrevista, cuando comenzamos a escuchar, para que nuestra tarea proceda orientada desde el principio. En realidad creo que

para que nuestra práctica clínica sea estructurada y no resulte divagante, ha de ser siempre "focalizada", para saber tanto en la exploración como en el tratamiento, a donde vamos, cuál es nuestro objetivo.

Estos tres ejes descritos –relación significativa con el paciente y la familia, funciones psicoterapéuticas y foco– son las bases que sustentan todas nuestras intervenciones, tanto terapéuticas como exploratorias, individuales o en grupo, incluso por supuesto la intervención farmacológica. En esta matriz asistencial recibimos a la familia, cuyas características y recursos de toda índole son otro factor importante que determina nuestra tarea.

EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Como sabemos, las familias son muy diferentes unas de otras, incluso contrapuestas en cuanto a sus recursos emocionales y mentales: interés por el hijo, contacto con la experiencia emocional, empatía, decisión de hacer algo, capacidad de esfuerzo y constancia, confianza... Desde las familias que consultan guiados por su propio contacto con el problema y su intuición, hasta, en el otro extremo, aquellas que vienen obligadas por la escuela o incluso por una orden judicial, se extienden sobre un amplio abanico de 180 grados.

En esquema, algunas familias tienen capacidad de plantearse un punto de vista nuevo y sus expectativas son suficientemente realistas como para establecer pronto un intercambio positivo. Otras familias en cambio manifiestan una tendencia idealizadora, poco realista, que si es muy marcada y poco modificable constituye un peligro para la continuidad de nuestra tarea debido al riesgo constante de que no puedan soportar la decepción y todo tome un giro negativo. Otro grupo lo constituyen las familias situadas en una marcada posi-

ción desconfiada y paranoide. Cuando esta posición es muy extremada podemos hablar de familias que creen vivir entre dioses y demonios. Sabemos hasta que punto es expuesto moverse en esta atmósfera.

A la vertiente personal y emocional se añaden factores laborales, familiares, culturales, lugar geográfico de la familia en relación al centro, etc., que pueden ser definitivamente importantes a la hora de la viabilidad. Estos factores pueden ser facilitadores y permitir a la familia responder y colaborar o pueden ser un obstáculo que se lo haga incluso imposible. Por eso, por ejemplo, dos familias con características parecidas, pero con una situación laboral temporalmente desfavorable o con circunstancias familiares en ese momento complicadas necesitarán intervenciones terapéuticas diferentes.

Estas diferencias se reflejan también en la idea que la familia se hace del problema y de lo que nosotros debemos hacer. Cada paciente y familia, consciente o inconscientemente, llega con sus teorías respecto al problema que motiva la consulta y con sus expectativas respecto a lo que necesitan y a lo que nosotros debemos hacer. Está en juego precisamente lo que ellos buscan y lo que nosotros ofrecemos. Esto nos coloca a menudo, a la familia y a nosotros, en dos posiciones diferentes –por lo menos al principio– desde las que hemos de iniciar la colaboración. Estas posiciones son a veces tan alejadas que ellas constituyen el primer problema a atender para hacer posible la continuación de nuestra tarea.

Por todo esto, el punto de partida de nuestro trabajo puede ser muy diferente con unas familias y con otras. Algunas, cuando llegan, se han dado ya cuenta de aspectos de su funcionamiento o de las relaciones entre ellos y han tomado ciertas iniciativas, como apoyar al niño, darle tiempo, intentar “a las buenas”, etc. En cambio, éste podría ser el resultado al que estaríamos contentos de llegar con otras familias. En otras palabras, con algunas familias alcanzamos un punto

que es el comienzo de nuestro trabajo con otras. Como ejemplos: que los padres descubran algo de las necesidades de su hijo y conciben dudas acerca su posición normativa castigadora; que empiecen a venir por propio interés, en lugar de limitarse a cumplir la orden judicial o la presión de la escuela...

MODALIDADES TERAPEUTICAS CON ENCUADRE FLEXIBLE

De la conjunción de los elementos que nosotros aportamos –relación significativa, funciones psicoterapéuticas y atención al foco– y de los que aporta la familia emerge la intervención terapéutica que podemos proponer a cada familia *en este momento.* Deseo subrayar la idea de "en este momento" porque la misma gestión asistencial y terapéutica, si tiene éxito, contribuirá a generar recursos que harán indicados otros enfoques en otro momento.

En ocasiones recurrimos a modalidades terapéuticas por así decir ya diseñadas, con encuadre establecido desde el inicio –reeducación, psicoterapia, grupo...– pero en muchas otras hemos de "inventar" la intervención terapéutica para hacerla más a medida de las necesidades y recursos de la familia ahora. Como decía antes, se trata de hallar el punto de encuentro entre lo válido y lo viable, ya que la indicación, además de ser apropiada y de aportar algo útil, debe ser viable. No es solamente cuestión de conocer bien la psicopatología, de indicar a tal trastorno tal tratamiento, sino de un proceso de ir ofreciendo elementos terapéuticos mientras se precisa el diagnóstico y la indicación.

Es importante tener en cuenta qué pueden o quieren el paciente y la familia aceptar. El hecho de que necesiten un tratamiento no quiere decir que vayan a aceptarlo, lo puedan aprovechar o pueda indicarse. Según como sea la relación con el paciente y la familia, indicar un tratamiento que no acepta-

rán aumenta el riesgo de ruptura. Pero si por obediencia no se atreven a negarse o se hacen ilusiones respecto a su propia capacidad de comprometerse y luego lo abandonan, el resultado no es el mismo que si no hubiesen empezado o no lo hubiésemos indicado. El fracaso del tratamiento propicia otros fracasos. No equivale a no haberlo iniciado puesto que "quema cartuchos" y tiene una repercusión negativa que prepara mal el camino para intervenciones posteriores. Aunque sea necesario, un tratamiento que no podrá realizarse o que no será aprovechado no es una indicación correcta, no es indicación.

Por esta razón es importante explorar y tratar con cuidado la disponibilidad del paciente y de la familia. A menudo es preferible dar por terminada nuestra intervención inicial después de unas primeras entrevistas que han aportado movilización y algún cambio –y que pueden resultar suficiente– que empeñarnos en conseguir modificaciones más amplias. Por mi parte, después de una intervención breve de este tipo, prefiero sin embargo despedirme dejando la relación abierta, quedando como punto de referencia y dando al paciente y a la familia la opción de volver cuando lo deseen –si lo desean– según su criterio, sin que la vuelta tenga que deberse a un retroceso y que aparezca como fracaso. Incluso prefiero facilitarles que vuelvan, sugerirles cuando podrían hacerlo, para reforzar esta posición de punto de referencia, vinculación y continuidad. Se debe a que, en mi opinión, las intervenciones de muy pocas entrevistas tienen mucho sentido *para empezar,* pero no creo que los problemas psicopatológicos y los círculos viciosos queden resueltos como para pensar en un alta real. Este resultado me parecería algo mágico. Sabemos que la compulsión de repetición dificulta estabilizar las primeras mejorías y que los cambios requieren un tiempo de elaboración y sedimentación para resultar duraderos.

Entre las modalidades terapéuticas de encuadre flexible que utilizamos regularmente citaré la que llamamos focaliza-

ción e intervención terapéutica desde la primera entrevista; las intervenciones terapéuticas durante la exploración; el seguimiento psicoterapéutico o entrevistas de seguimiento; los grupos cortos del período diagnóstico; las intervenciones con la familia, etc., etc. Pero no se trata de una lista ni de una cuestión cerrada. Aunque algunas intervenciones como los grupos necesitan una sistematización para ser viables, en general la intervención depende siempre del terapeuta, el paciente y la familia. Así, mañana mismo, según la situación clínica y las características de la familia, un terapeuta, gracias a su experiencia y capacidad creativa puede poner en marcha algo nuevo, una forma distinta de intervenir.

Para ilustrar estas intervenciones cortas de encuadre flexible presentaré a continuación una viñeta clínica de una intervención terapéutica en el período diagnóstico o sea durante la exploración, y luego me referiré al seguimiento psicoterapéutico o entrevistas de seguimiento.

VANESSA

En Diciembre llegan la madre y la hija de 7 años y medio. La familia no corresponde a nuestro sector, pero por alguna razón no desean ir donde les corresponde. La costumbre del Servicio en estos casos es recibirles y ver de qué se trata, pero lo más que podemos ofrecer es diagnóstico, orientación terapéutica y algunas entrevistas de seguimiento.

La madre lleva gafas de sol muy oscuras. Dice: “Hace dos meses se le escapa la caca. He tenido una nena hace dos meses. Pienso que puede tener relación”.

Antes de esto también le preocupaba el carácter de su hija, porque “es tímida, en la escuela no participa mucho, con la maestra no hay manera, es cerrada, reservada, le pasa algo y se lo traga, no dice nada, se ensucia y se cambia ella misma, tiene que ser muy gordo para que venga a mi y me pida que la

cambie. Cuando llueve se asusta de los truenos, cierra las ventanas, la cortina. Antes no podía ver el telediario, si se veía fuego se iba, pedía que lo quitaran, vomitaba. Ahora no".

La niña tiene aspecto inteligente, viva. Me dirijo a ella para incluirla en el diálogo. Converso con ella sobre sus aficiones. Acepta papel y lápices y comienza a dibujar.

La madre no se ha quitado las gafas y noto que al lado del ojo izquierdo tiene lastimado. Me viene la fantasía de que su esposo la ha pegado. Su contacto es reservado, habla bajo, como de mantener a raya. Más tarde me dice que ella es tímida y su carácter la ha hecho sufrir mucho, lo ha pasado muy mal. Ella calla y traga, como su hija. También es estreñida, como su hija.

Le pregunto por el padre, si vendrá. Dice: "no creo, es camionero, reparte champagne y ahora tienen mucha faena". Añade que no la ha acompañado nunca, "pero viene cada noche a casa". Me queda la duda de si la madre quiere en realidad que el padre la acompañe.

La entrevista continúa y algo mas tarde pregunto datos de evolución. La madre dice que durante el embarazo había muchos problemas en el matrimonio.

Al terminar la entrevista me planteo las cosas de la siguiente manera:

- La madre es sensible y observadora. Está preocupada por su hija porque siente que se parece a ella y a ella su carácter la ha hecho sufrir, pero no se hasta qué punto la madre capta bien a su hija o la ve excesivamente a través de su propio sufrimiento y de sus temores. O sea, hasta que punto la relación padece por exceso de proyecciones maternas.

- A pesar de las dificultades, tanto la niña como la madre tienen recursos.

- La participación y el apoyo del padre están por ver. Mi impresión es de que siguen habiendo problemas.
- El síntoma desencadenante de la consulta, la encopresis, es reciente, parece más bien reactivo y poco establecido.
- No conozco la reacción de la maestra a la timidez de la niña, a que no se relacione con ella y no participe en clase, pero temo que el problema pueda desembocar en un círculo vicioso.
- Me parece preferible iniciar cuanto antes un trabajo con la niña, la madre y la escuela, para higienizar la situación en conjunto, pero se que por razones de sectorización cuento solamente con el período diagnóstico.

Con estas consideraciones en la mente me propongo, de momento, intervenir en tres líneas:

- Con la niña, poniendo en marcha una intervención terapéutica durante la exploración con tests y técnicas de expresión, para conocerla tanto en situación de trabajo reglado, más parecido a lo escolar, como en actividad libre, con más iniciativa propia. Se trata de que el psicólogo, a lo largo de la exploración, a medida que vaya viendo trabajar y conociendo a la niña le comente lo que observa en forma prudente y cuidadosa. Como foco, me parecía importante el reciente nacimiento de la hermanita y la encopresis, detonante de la consulta. Imaginé entre 6 y 8 sesiones.
- Con la madre, proponiéndole varias entrevistas –y a poder ser, que por lo menos alguna vez viniera el padre– para conversar su relación con la niña, su identificación con ella, su preocupación y los sentimientos de culpa relacionados. Veía dos líneas: explorar la relación entre las vivencias de la madre y los problemas de la niña, y diferenciar los problemas de una y otra.

- Con la escuela, pedir informe y proponer conversación telefónica para explicarles mi forma de entender esta dinámica. Con los datos de la primera entrevista solamente, imaginaba centrarme en la timidez de la niña y su necesidad de ayuda, para contrarrestar cualquier posible reacción recriminadora de la maestra. Asimismo, destacar el valor del apoyo que le pudieran ofrecer en la escuela, para ayudar a Vanessa a hacer lo que de hecho es capaz de hacer.

Propuse la exploración e intervención a una psicóloga, cité de momento a la madre para una entrevista y como forma de iniciar un diálogo con la escuela, les pedí un informe.

En su intervención, la psicóloga observa que Vanessa tiene poca confianza en sus capacidades y cuando algo no le sale abandona pronto. Se muestra más tranquila cuando la relación se desarrolla a través de hacer cosas: pruebas, dibujo, etc., pero enseguida que se acercan a un terreno más personal su actitud cambia y se muestra muy tímida y reservada. Le es difícil expresar sentimientos, preferencias, impresiones. En su juego y dibujo expresa unas figuras parentales poco capaces de cuidar y unos niños muy necesitados.

Cuando ya conoce bastante a Vanessa, la psicóloga, con palabras asequibles comienza a explicarle lo que ha ido observando a lo largo del trabajo. Se basa en lo que han estado haciendo hasta ese momento. Por ejemplo, le habla de que la nota con temor a que las cosas no le salgan bien; le dice que observa que debido a esto a veces abandona pronto, aún con cosas que ya se ve que es capaz de hacer. En otro momento, comentando los dibujos le dice que quizá ella tiene también miedo a que los mayores no sepan suficientemente lo que a ella le hace falta y que esto la deje muy sola y lo pase mal. Con esto enlaza una conversación acerca de su hermanita.

A lo largo de las seis sesiones que tuvieron, Vanessa se vuelve algo más abierta y confiada. Se nota que aprecia la

atención que se le ofrece. No responde verbalmente a los comentarios, pero se muestra muy interesada, a veces asiente con la cabeza, parece entenderlo bien y resonar a lo que le dicen. Responde con otros dibujos.

Paralelamente tengo varias entrevistas con la madre, recibo informe de la escuela y tengo una conversación con la maestra que se muestra interesada y dispuesta a colaborar con nosotros en ayudar a la niña.

En las entrevistas, la madre habla de ella misma, de su infancia, y lo relaciona con la situación de su hija. Aprecia la atención y se interesa por lo que le explico. La encopresis va desapareciendo en las tres primeras semanas. La madre observa otros progresos: ve a Vanessa más abierta y que se atreve a cosas que antes no era capaz de hacer como ir a comprar a la tienda o hacer preguntas. Observo que a medida que la niña progresa, la madre mejora también. En una entrevista dice que ella está menos estreñida y que Vanessa también lo está menos. La ve muy pendiente de cuando la hermanita hace caca y contenta cuando ella hace normalmente.

Al terminar la intervención nos despedimos de Vanessa y de su madre proponiendo una entrevista con cada una para el siguiente trimestre. Cuando vuelven, tanto la psicóloga como yo observamos nuevos progresos. En el informe que manda, la escuela también los refleja. Proponemos que vuelvan, si lo desean, en el primer trimestre del siguiente curso.

EL SEGUIMIENTO PSICOTERAPEUTICO

Otra modalidad terapéutica de encuadre flexible es el seguimiento psicoterapéutico o entrevistas de seguimiento que también han sido llamadas consulta terapéutica. En él, además de la función psicoterapéutica realizamos otras tareas, por ejemplo, revisamos la evolución, pedimos exploraciones complementarias como tests, exploración del pediatra, oculista,

otorrino, ortopedista, ortodoncista... Nos ponemos en contacto con la escuela, les pedimos informes, orientamos sobre cuestiones escolares, deportivas, profesionales. Recomendamos ayuda pedagógica, tratamiento psicológico, reeducativo o prescribimos un fármaco.

Mi técnica en este tipo de intervención es como sigue: cuando en la primera o una de las primeras entrevistas considero indicado un seguimiento psicoterapéutico, propongo continuar con otras sin precisar el número, y explico los objetivos. Si el paciente o familia están de acuerdo trato de sentar el marco de trabajo: buscamos los horarios para las tres o cuatro siguientes, exponiendo la idea de que a lo largo de ellas conversaremos e iremos decidiendo la forma de continuar, las veces que vendrán, que pueden ser menos o más de las primeramente acordadas.

En esas entrevistas comienzo escuchando lo que el paciente o familia explican espontáneamente –sus asociaciones libres– y en algún momento expongo, más bien interrogativamente, las hipótesis que me van sugiriendo, para compartir con ellos mi forma de interpretar lo que me exponen y observo, para explorar su capacidad de utilizarlo y para suscitar más asociaciones. Cuando comienza a agotarse esta primera fase, propongo preguntas para tratar de precisar y continuar relacionando los datos. En un tercer momento repaso mis notas de entrevistas anteriores –en general más bien las últimas– para hacer presente el proceso y continuar elaborándolo. De tanto en tanto o cuando hay que tomar alguna decisión como cambiar de escuela, decidir sobre futuros estudios o trabajo, iniciar o terminar un tratamiento, espaciar el seguimiento o decidir el alta, repaso todas las notas desde el principio, para tener y ofrecer a la familia una visión panorámica de la evolución. A menudo se sorprenden ante síntomas o etapas (fobias, enuresis, conductas difíciles...) que habían olvidado.

Este tipo de trabajo puede continuar como seguimiento a lo largo de toda la relación profesional con la familia, paralela-

mente a tratamientos que pueda en algún momento recomendar a alguno de sus miembros, o puede quedar como intervención corta, tratamiento breve por ejemplo semanal, que continuará después con un seguimiento más espaciado, o de la forma que parezca adecuada.

En el seguimiento con el paciente y la familia –especialmente con los padres– es importante que tengamos en cuenta el nivel a que se debe situar la intervención para que pueda ser aprovechada. En otras palabras, es importante captar qué objeto –en la relación de objeto– necesitan que asumamos para que nuestra intervención pueda servirles.

NIVEL DE INTERVENCIÓN

Nuestra relación con los padres nos da idea del nivel en que hemos de situar nuestra intervención según sus recursos personales y mentales: intercambio elaborativo o asumir la dependencia regresiva. Generalmente comenzamos la tarea intentando un intercambio elaborativo o con ánimo de desarrollar capacidades elaborativas. Pero cuando los padres no se sitúan en este tipo de interacción o cuando de entrada se hacen evidentes déficits personales o intelectuales acusados, en general decidimos ser menos ambiciosos asumir la dependencia regresiva y ejercer una función de guía. Aunque si digo "menos ambiciosos" estoy ya sentando una valoración negativa de las intervenciones en las que asumimos la dependencia regresiva y guiamos a los padres. Creo que este riesgo lo corremos todos: querer hacer lo que aparece como "el máximo", el Dios Mayor –enfoque que puede ser indicado con determinadas familias– y desestimar gestiones correctas, que no son dioses menores sino precisamente las indicadas con otras familias.

En este nivel de intervención ejercemos funciones yoicas hacia los padres para apoyar sus funciones parentales hacia

sus hijos. Debido precisamente a su dependencia regresiva a menudo ellos las reciben como si se tratara de funciones superyoicas.

Esta tarea más directiva necesita también la relación significativa con la familia, funciones psicoterapéuticas y estar atentos al foco. La relación es significativa especialmente para nosotros, ya que a través de ella captamos significados que nos sirven para nuestra función de guiar. Si las capacidades yoicas de la familia aumentan, la relación será gradualmente más significativa también para ellos.

De las funciones psicoterapéuticas, ejercemos para la familia especialmente la vertiente receptiva de hacernos cargo de la ansiedad y de los problemas, aunque para nosotros mismos utilizamos la interpretación y la elaboración. A partir de ahí, explicamos para dirigir, dar ideas, sugerir formas de relacionarse con los hijos, prescribir, orientar sobre organización familiar o cambios de escuela...

En esta tarea de conducción, sin embargo, prefiero no descartar prematuramente que los padres puedan desarrollar capacidades elaborativas. No es excepcional que, tomándose el tiempo que necesitan, los padres progresen en su funcionamiento e interacción de una manera que era difícil de imaginar al principio.

ASUMIENDO LA DEPENDENCIA REGRESIVA

Recuerdo una madre que nos trajo su hijo de 12 años por dificultades de aprendizaje escolar. Se trataba de un muchacho borderline, con una estructura disociativa, pero que nos pareció con posibilidades. Nuestra recomendación era de tratamiento reeducativo.

La madre aparecía apagada y envejecida en relación a su edad y se presentaba bastante incapaz de resolver la cuestión

de horarios de entrevistas, exploración, informe de la escuela, etc.. En una entrevista explicó un episodio a todas luces delirante, acaecido alrededor del nacimiento de su segundo hijo, dos años menor que el que atendíamos. En el edificio donde vivían sucedió algo grave, una muerte o un accidente, que ella entendió como un aviso de que debían dejar la casa. Aseguraba que alguien, por algún interés desconocido, había influido a sus vecinos, etc. etc. Más tarde se les llenó el piso de humo, "se veía todo borroso" y ella lo sintió como la amenaza por no haber hecho caso antes. Abandonó la casa con sus dos hijos y no pudo volver a ella. El esposo arregló que se mudaran a otra y la madre de la señora fue a vivir con ellos durante unos meses, hasta que todo volvió a su cauce. Entendí que ella avisaba que podía descompensarse debido al aumento de carga y ansiedad por el tratamiento de su hijo, como antes había sucedido cuando se encontró con dos. Decidí asumir su necesidad de depender regresivamente, como antes dependió de su propia madre, y guiarla en la preparación y el desarrollo del tratamiento de su hijo. La mejoría de éste permitió a la madre mejorar e ir revelando gradualmente una capacidad de contacto y comprensión que al principio no parecía tener. Sin embargo, siempre que por algún motivo en las entrevistas surgía el período en que vivían en la otra casa, el episodio delirante volvía a aparecer sin ningún cambio.

No hace falta decir, porque estoy segura de que es experiencia de todos, que por adecuada que sea nuestra práctica hay casos en los que no podemos hacer nada, no hay nada que hacer o fracasamos en todos nuestros intentos. Entonces se nos hace evidente que el hecho de que un paciente necesite mucha ayuda no significa que consigamos hacer algo por él. En una ocasión recibí un hombre que venía con su hijo y estaba solamente interesado en que le firmara el papel del juez conforme había venido. Mis intentos de saber cual era el problema, qué sucedía con el niño, fueron en vano. Hace pocos meses recibí una madre por recomendación de la escuela de

sus hijas. Dos años antes había venido con su familia desde un país del este de Europa. Cuando se sintió en confianza me explicó que había venido sola a la consulta para ver de qué se trataba. La escuela la había tratado muy bien y por eso les tenía confianza, pero sabía que había una brigada comunista internacional que la buscaba porque ella había sido comunista y había salido del partido. Sus hijas corrían peligro y ella tenía que estar segura de que traerlas era suficientemente seguro. Cuando me puse en contacto con el psicólogo de la escuela resultó que la consulta era precisamente porque la conducta de la madre dificultaba atender a las hijas. El psicólogo me recomendó que no propusiera a la madre que consultara para ella misma porque él lo había hecho y desde entonces la madre lo esquivaba!

MODALIDADES TERAPEUTICAS DE ENCUADRE PREVIAMENTE ESTABLECIDO

Solemos reservar la denominación de "tratamiento" para las modalidades terapéuticas con frecuencia y horario regulares, sean psicoterápicas o reeducativas. Estas modalidades se fundamentan en las mismas funciones que toda nuestra tarea: relación significativa, funciones psicoterapéuticas y atención al foco. Se diferencian entre ellas por la tarea específica a realizar y por el encuadre que, aunque previamente establecido y regular en todas ellas, es distinto por ejemplo en la psicoterapia psicoanalítica, el psicoanálisis, la reeducación o la psicoterapia breve.

La psicoterapia psicoanalítica, la breve o focal y el psicoanálisis han suscitado gran número de estudios y publicaciones. En los últimos años se ha prestado también más amplia atención a la estimulación terapéutica y a la reeducación–que con el nombre de *educational therapy* ha motivado congresos bianuales muy productivos e interesantes. Como he dicho antes, pienso que la indicación depende de un trabajo previo tera-

péutico y exploratorio que tome en consideración todos los factores participantes entre los que es central, por supuesto, que el tratamiento que se indique pueda aportar cambios favorables (Manzano y Palacio, 1993). Esto puede parecer una perogrullada o una broma, pero en realidad hay razones para estar atentos a este punto.

Pero no me extenderé en cuanto a estas modalidades terapéuticas precisamente por haber sido mucho más estudiadas. Pienso que en el coloquio en todo caso, tendremos ocasión de retomarlas.

BIBLIOGRAFIA

MANZANO, JUAN, y PALACIO-ESPASA, F. (compiladores) (1993): *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía.* Barcelona. Paidos.

TORRAS DE BEÀ, EULÀLIA (1991). *Entrevista y Diagnóstico en Psiquiatría Infantil Psicoanalítica*. Barcelona. Paidos.

TRABAJO CON LOS PADRES*

Colette Chiland**

INTRODUCCION

Un día, un niño de diez años entró en mi despacho tirando a su madre de la mano, había acabado de convencerla para venir al Centro Alfred-Binet, pensaba que necesitaba una psicoterapia. La idea le había venido a la cabeza después de haber escuchado a uno de sus compañeros de clase hablar del tratamiento que recibía en el Centro. Y tenía razón... Accedimos a su petición y se encontró mejor.

Pero es un caso excepcional. Por lo general, son los padres los que traen al niño, antes era la madre sola, hoy en día suelen ser los dos padres juntos, dándose una mayor implicación del padre en la educación del niño. El niño puede haber sido informado de la naturaleza particular de la consulta con un médico con quien se habla y que no pone inyecciones, y de los motivos de dicha consulta. A veces no hay nada de esto y los padres no han sabido presentar la consulta psiquiátrica al niño, consulta que incluso a ellos les incomoda, ya que el psiquiatra asusta.

---

* Ponencia presentada en X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

Traducción realizada por Sokoa Lasa.

** Psiquiatra. Miembro titular de la Sociedad Psicoanalítica de París. Profesor emérito de psicología clínica de la Universidad René descartes. Psiquiatra del Centro Alfret Binet.

El psiquiatra, por lo tanto, no sólo va a tener que ocuparse de un paciente sino de un grupo familiar, que puede verse reducido a dos personas si la familia es monoparental, o verse extendido a otros miembros de la familia (abuelos, hermanos y hermanas, etc.) o a otras personas. Los padres no son simples acompañantes, sino que son parte importante tanto en la consulta como en el tratamiento posterior.

Todo tipo de actitudes es posible. Se ha dicho que el niño es el síntoma de los padres, y que es a los padres a los que hay que tratar. Winnicott ha dicho que la enfermedad del niño pertenece al niño, lo que es cierto; ¿acaso entonces hay que tratar únicamente al niño? Que la enfermedad del niño pertenezca al niño no quiere decir que únicamente le pertenezca a él, la enfermedad es la respuesta que él da, con sus propios medios, a lo que pasa en él y en su entorno, luego hay que ocuparse de los padres. René Diatkine tenía una fórmula mordaz: "No se hace beber a un burro que no tiene sed", los padres no han venido a por una consulta para ellos, no es cuestión de proponerles un tratamiento que rechazarán. ¿Hay que hacer tener sed al burro? ¿Es esto útil? ¿Es necesario?

TRATAR SOLAMENTE A LOS PADRES

En toda mi carrera sólo me ha ocurrido una vez el hecho de tener que decir a una madre en una primera consulta: "Su hijo no tiene nada, es usted la que necesita tratamiento". Se trataba de una mujer deprimida que no se había permitido pedir una consulta para ella misma, que comprendió y aceptó lo que le dije; hizo una psicoterapia y todo volvió a la normalidad.

Pero no se trata, en este caso, de una actitud sistemática de ciertos colegas psicoanalistas que decían a las madres: "Señora, es su culpa si el niño se encuentra en este estado". Nuestros conocimiento no nos permiten tales afirmaciones en

los casos en los que las realizamos, delante de un niño autista o psicótico, por ejemplo. Algunos padres en casos como estos, huyen. Otros se dejan convencer y se acusan de forma masoquista, el masoquismo humano que es la cosa mejor repartida del mundo y capaz de dar una idea del infinito (René Descartes decía que el buen sentido era la cosa mejor repartida del mundo y Ernest Renan decía que la estupidez humana daba una idea de lo infinito). Se comprende la revuelta de los padres ante la tentativa de culparles sistemáticamente. Pero no se entiende a los colegas que dicen que los padres nunca se sienten culpables, que son siempre los psiquiatras psicoanalistas quienes les culpabilizan. Casi todos los padres se preguntan qué le han hecho al cielo (y se lo preguntan tanto si creen como si no), para tener un niño en ese estado. La invocación de una etiología orgánica disculpa a los padres, pero, aunque la enfermedad sea transmitida genéticamente, pueden sentirse inocentes y culpables, inocentes dentro de su psiquismo y culpables, sin embargo, de haber traído al mundo a un niño gravemente enfermo, tanto si la enfermedad es psíquica como orgánica. Los padres no son culpables, pero son *responsables* de su hijo, responden de él y tienen que responderle en la vida cotidiana, tienen que hacer frente a las considerables dificultades que entraña la enfermedad. Cuando se está convencido de que la enfermedad del niño pertenece al niño, se encuentra una posición justa, en la cual proponer a los padres un apoyo, por ejemplo una psicoterapia, no significa acusarles. No se comportan de una forma normal con su hijo, pero: ¿cómo pueden comportarse de forma normal en situaciones totalmente anormales? Ni nosotros, por muy psiquiatras que seamos, lo conseguiríamos.

Puede ocurrir que uno de los padres venga a la consulta y que su hijo, generalmente un adolescente, se haya negado a venir y que durante algún tiempo se vea al padre o madre hasta que aparece el adolescente. Tengo bastantes ejemplos, particularmente en parejas que no se llevaban bien pero que no

llegaban a divorciarse, con una madre masoquista y un padre paranoico. El padre se impone a los niños por su aparente racionalidad y su energía, hasta el momento en el que, en la segunda parte de la adolescencia, los hijos son capaces de ver a su padre tal y como es y dejan de agobiar a su madre.

En los embarazos con riesgo o tras una muerte súbita del bebé, algunas madres, algunos padres pueden necesitar un apoyo psicoterapéutico para hacer frente a su angustia.

LAS CONSULTAS TERAPEUTICAS

La situación más corriente es la que llamamos la *consulta terapéutica*. El nombre proviene también de Winnicott que ha publicado numerosas consultas de este tipo. Se trata de consultas en un número limitado, espaciadas de manera variable, donde puede darse una cierta toma de conciencia en el niño y en los padres.

Winnicott utilizaba los *"squiggles",* garabatos a los que progresivamente se les va dando forma entre dos: el niño y el analista. La consulta terapéutica no es sinónimo de squiggles y los squiggles no son una receta. Winnicott utilizaba los squiggles porque a él mismo le encantaban. Todo lo que haga que el analista esté cómodo y que sitúe al niño en una situación cómoda y de igualdad con el analista es conveniente. Hay niños que hablan gustosamente, ¿por qué obligarles a dibujar? ¿Sólo porque se supone que el dibujo es la forma de expresión más apropiada de los niños? Hay niños que sobre todo quieren jugar y generalmente jugamos con el niño, pero conozco a un psicoanalista notable que nunca juega con el niño y deja que él juegue delante de él hablándole cuando es conveniente (E. James Anthony), y, en su caso, el contacto que establece con el niño y los resultados que obtiene son notables.

Volviendo a ver al niño de vez en cuando, y a sus padres, vemos si las semillas que hemos sembrado han dado fruto. En

un grupo de padres, un padre cuenta a los demás lo que había aprendido a lo largo de las consultas: "Tenemos nuestras propias reglas de juego en la familia. En el Centro, no nos dan recetas, no nos obligan a hacer esto o lo otro, pero nos damos cuenta de que se utilizan otras reglas con nuestro hijo y cogemos de ello lo que podemos".

Winnicott decía que se hacen consultas terapéuticas o bien un análisis de cinco sesiones por semana. En Francia, se realizan consultas terapéuticas o tratamientos regulares, pero a menudo de menor frecuencia. El tratamiento propuesto por Janine Simon en *"La psychanalyse précoce"* es un tratamiento de una sesión por semana, a través del cual se crea un proceso verdaderamente analítico. No es la frecuencia *a priori* de las sesiones sino el proceso lo que califica al tratamiento.

TRABAJO CON LOS PADRES DE NIÑOS EN TRATAMIENTO

Si un tratamiento se revela necesario, ¿el tratamiento del niño es suficiente?, ¿dónde debemos ocuparnos de los padres y de qué manera?

Hemos podido ver en los casos anteriores que no proponemos recetas, que no dictamos reglas válidas para todo los casos. Pero existen dos tendencias que se oponen, la cual en la que ha prevalecido el principio de que tratamos al niño y no a los padres, y la cual en la que nos ocupamos siempre de los padres, dentro de una forma de acompañamiento variable. Aparece además otro problema: admitiendo que se ve a los padres, ¿quién les ve?

Winnicott escribió, y sorprende, que la psicosis se curaba con un entorno apropiado y que la neurosis necesitaba un tratamiento analítico. Para él, la psicosis resultaba de una deficiencia del entorno en los principios de la vida y se podía curar si el entorno llegaba a proporcionarle, a lo largo de una regre-

sión, lo que le había faltado. La neurosis no resultaba de una deficiencia del entorno, sino de un conflicto interno, por lo necesitaba un tratamiento analítico.

Si el niño comienza un tratamiento analítico, es deseable que haya un mínimo de contactos con los padres. Durante mucho tiempo, hemos tenido la idea de una *asepsia* total del tratamiento analítico obligando al terapeuta a abstenerse de cualquier contacto con los padres del niño. Esto los padres lo llevaban mal: el terapeuta de su hijo es el que mejor le conoce, el que mejor comprende lo que pasa, y es el que en mejores condiciones está para responder a sus preguntas. En esta protesta por parte de los padres hay una parte de verdad. El terapeuta no puede abstenerse fóbicamente de todo contacto con los padres del niño, pero tampoco puede ser el terapeuta de los padres y, si la demanda de apoyo para los padres es muy intensa, otro miembro del equipo tiene que ocuparse de ellos y la psiquiatría del niño es fundamentalmente un trabajo de equipo.

Hay sitios en los que el propio terapeuta se ocupa de los padres y del niño, y creemos que aparecen otras dificultades añadidas que más vale evitar. Al niño ya le cuesta bastante creer que vamos a respetar el secreto que nos confía; por definición los padres son personajes muy poderosos que lo saben todo...Es mejor que el niño esté presente en los contactos con los padres, o si no que los padres sepan que se hará formar parte al niño en lo que se diga. Más profundamente, no se puede mantener al mismo tiempo los intereses del niño y los de los padres que pueden ser contradictorios. Desenmarañar el universo interno del niño no es intervenir directamente en las interacciones entre los padres y el niño, siendo esto otro acercamiento que tiene su importancia en las consultas conjuntas y en el tratamiento familiar.

Si somos pacientes, hay padres que acaban por evolucionar y por pedir ellos mismos un tratamiento personal.

También hay padres que hemos intentado ver, desde el principio del tratamiento, con una cierta frecuencia porque sus actitudes y comportamientos dañaban al niño y eran un obstáculo para su tratamiento. No somos totalmente poderosos y no basta con ocuparse de los padres para que todo mejore, existen organizaciones del carácter que resisten a todo.

Sylvain era un niño enclenque y de apariencia ingrata cuando le vimos a la edad de seis años. Había tenido un estado de salud precario durante sus primeros años de vida. Sus padres nos lo trajeron debido a sus dificultades de aprendizaje escolar. Tenía un coeficiente intelectual de 70. Una de mis colaboradora le acogió en una psicoterapia pedagógica de apoyo y evolucionó de una manera que consideramos notable, situándose en la media de la clase, pasando la escolaridad primaria sin repetir curso y pasando a tener una apariencia cada vez menos ingrata. Yo veía a los padres con cierta regularidad, a veces a los dos juntos y otras veces por separado. La madre se había casado, tras una decepción sentimental, con un buen hombre de un nivel cultural inferior al suyo; era como el matrimonio de la carpa y el conejo. Ella tenía para su hijo las aspiraciones más altas, tenía que llegar si no a la Escuela Politécnica, por lo menos a realizar Altos Estudios Comerciales (HEC), también tenía que comer raciones alimentarias que estaban lejos de sus posibilidades. Cuando Sylvain sacaba un 6'5 ó un 7 (13 ó 14 sobre 20), no era una buena nota, una buena nota era un 9 ó un 9'5 (18 ó 19 sobre 20). Por lo tanto le estaban riñendo constantemente. Su coeficiente intelectual permanecía imperturbablemente en 70. Al cabo de cinco años, la madre me exigió que le comunicara el coeficiente intelectual del niño, lo que no hago nunca. Tampoco lo hice entonces, pero le pregunté que cuál sería para ella un buen coeficiente intelectual. La respuesta fue: "Un coeficiente de 110 sería insuficiente, un buen coeficiente intelectual es por lo menos un 120...". Cuando acabamos, no había logrado cambiar en nada sus aspiraciones, pero el padre se había vuelto un poco más capaz de hacer frente a su mujer y de proteger al niño.

GRUPOS DE PADRES

No tenemos siempre la posibilidad de organizar estos grupos y es una pena. El trabajo que se realiza es útil y se realiza más fácilmente que en una relación individual. En un momento dado, tuvimos un grupo terapéutico de niños de la escuela de párvulos, que sufrían de disfasia y de trastornos de la personalidad, un tratamiento intenso de tres sesiones de dos horas por semana. De forma paralela a este grupo de niños, había un grupo de madres (podríamos haber acogido a los padres pero sólo estaban disponibles las madres) que se reunía una vez cada quince días. No se puede esperar de un grupo como éste una transformación en profundidad. Pero las madres, bastante desproveídas cultural y psicológicamente, recibían un apoyo las unas de las otras y no sólo de los terapeutas: constataban que no eran las únicas que se encontraban ante mismas dificultades, su hijos no eran casos aparte, las madres cuyos hijos habían mejorado les daban esperanzas.

También hemos hecho grupos grandes de padres con hijos en tratamiento. El sistema consistía en que el responsable del grupo empezaba a hablar de un problema general para calentar el ambiente y los padres podían preguntar libremente. Ninguna pregunta recibía una respuesta agresiva y se respondía a todas las preguntas no a un nivel individual de cada niño, sino a un nivel más general. La tercera parte de la reunión se desarrollaba espontáneamente siempre del mismo modo, el terapeuta se iba quedando callado y los padres hablaban los unos con los otros, lo que viene de otro padre es mejor recibido que lo que viene del terapeuta.

Una de las preguntas que recibíamos constantemente se refería a lo que pasaba en el tratamiento del niño, por qué no se cuenta todo a los padres. Es difícil hacer entender a los padres que sus hijos no se dedican a contar las realidades de la vida, y en particular los pequeños secretos familiares, sino que desarrollan sus fantasmas.

Cogí un día el ejemplo de una niña de 4 años a la que llevamos a un psiquiatra psicoanalista para una consulta porque estaba muy nerviosa y difícil después de la muerte de su padre que había tenido lugar seis meses antes. Al cabo de unos instantes, la niña pregunta al psiquiatra si puede decirle todo, contarle un secreto. Las orejas de un psicoanalista no pueden evitar temblar ante tal propuesta:

–"Sí, aquí es donde puedes decir todo.

–Mamá ha matado a papá.

–Ah! Ya. ¿Y cómo lo ha hecho?

–Le ha dado sus cacas para comer."

Se hizo una gran silencio en el grupo, donde no había ningún lector de Melanie Klein. Y una mujer joven, emigrante de un nivel cultural probablemente mediocre dijo: "Entonces ahora entiendo algo de lo que le pasa a mi hermano pequeño que dice cosas raras desde que murió nuestra madre". Los otros padres se sobrecogieron, empezando a entrever una nueva dimensión de los problemas y a preferir que sus hijos confiaran sus fantasmas al terapeuta antes que a ellos mismos.

Los ejemplos precedentes no tratan de grupos cerrados en los cuales el o los terapeutas invitarían a los participantes únicamente a decir lo que primero que les viniera a la mente y se preparan para interpretar. Nunca hemos practicado con este tipo de grupos con los padres.

PSICOTERAPIA FAMILIAR

En mi equipo, nos hemos podido beneficiar de dos colaboradoras formadas en psicoterapia familiar e interesadas por este trabajo. Para un cierto número de casos muy pesados, fue fundamental. Aún así tampoco se puede esperar una transformación del orden de la que se consigue con un análisis (en el

mejor de los casos). Pero los padres llegan a gestionar mejor un cierto número de problemas de la vida cotidiana, a poner límites. Es un trabajo que contribuye a instaurar un marco de vida para el niño y al mismo tiempo un marco para el tratamiento.

Hay sitios en los que únicamente se trabaja según los principios de la psicoterapia familiar, en general sistemática. No es nuestra óptica. Creemos que una transformación profunda sólo se logra con un tratamiento individual. Pero no todos los padres tienen los medios psicológicos de seguir uno (no hablo de medios financieros ya que todos los tratamientos en nuestro servicio son gratuitos, lo que algunos padres llevan mal, ya que se creen que son tratados "con rebaja" cuando contamos con unos medios de lujo que no se encuentran en la práctica individual privada).

PSICOTERAPIA DE LOS PADRES

Hasta este momento sólo hemos hablado de un trabajo a un ritmo flexible realizado por uno u otro miembro del equipo, el asistente social, el psiquiatra, un psicólogo. Hemos llegado a emprender, con los padres, una psicoterapia con un ritmo regular realizada, en nuestro servicio, por un psicoterapeuta de formación psicoanalítica.

Tenemos la experiencia de tratamientos de este tipo en nuestro Centro después de varios años, con resultados que consideramos excelentes en un gran número de ocasiones. Han sido sobre todo madres, pero también hemos tenido algunos padres. Hemos tenido madres *borderline* a las que les ha costado mucho entrar en el marco de un tratamiento regular, por ejemplo llegar a la hora de la sesión y no cuando debía estar acabando. Hemos tenido madres solas par sacar a sus hijos adelante que han logrado hacer un camino personal importante, combinado con una formación profesional que les ha revalorizado y cambiado su destino.

Estos últimos años, hemos empezado una investigación sobre los trastornos de la identidad sexual en el niño y preparado un plan de tratamiento que se compone de una psicoterapia del niño tan intensiva como sea posible (tres sesiones si es posible, como mínimo dos), un tratamiento para cada uno de los padres (psicoterapia o análisis), consultas conjuntas padres-niños de vez en cuando para finalizar. Un dispositivo tan pesado parece necesario para tratar un trastorno narcisista también rebelde, y que parece ligado a las interacciones fantasmáticas entre padres e hijos. Esta investigación nos ha reforzado en la convicción de la importancia del trabajo hecho con los padres, y de lo cual hablaré más detalladamente.

UN EJEMPLO: LOS TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Los trastornos de identidad en el adulto, bajo la forma de una transexualidad extrema, tienen fama de no ser accesibles a la psicoterapia. Es verdad que es un caso muy difícil por la organización mental de los pacientes, dominada por la negación y la escisión, y que introduce todo en la escena corporal y nada en la en la escena psíquica, pero se vuelve todavía más difícil por la oferta médica de reasignación de sexo a través de la cirugía y las hormonas. La esperanza está en el tratamiento de los niños. Pero entre los niños que muestran un rechazo importante de su sexo, no sabemos cuáles son susceptibles de convertirse en transexuales en la edad adulta. Y si un niño tratado no llega a ser un transexual, no se puede probar que sea gracias al efecto del tratamiento, lo que es la característica de todos los casos individuales.

Los que tratan actualmente niños con trastornos de identidad sexual, más frecuentemente niños femeninos que niñas masculinas, constatan la importancia del tratamiento de los padres para la evolución del niño. Si tomamos como hipótesis que, sobre la base eventual de características fenotípicas

constatadas (un niño que es muy guapo, una niña que no lo es) y características de equipamiento supuestas, el niño tiende a desarrollar una identidad contraria a su sexo porque, a través de las señales de sus padres, construye la idea de que no le querrán realmente a no ser que pertenezca al otro sexo, pensamos que no se conseguirá nada sólido si lo que ocurre en la psique de sus padres no cambia.

Así Antoine es lo yo llamo un *niño a la Stoller,* porque corresponde totalmente con la descripción que Stoller ha dado de lo que él llamaba entonces un niño transexual. Su madre ha vivido una simbiosis bendita con él, teniéndolo constantemente pegado a ella. Era su falo feminizado, ella que había vivido una infancia de niño fracasado y que no había optado por el sexo femenino hasta la adolescencia. Cuando Antoine empezó a probarse sus zapatos, a ponerse sus joyas, a hacer de niña, ella lo encontró gracioso, se reía y no hizo nada para que cambiara. Cuando Antoine viene a verme por primera vez, me dice que le gustaría ser una chica y me dibuja una princesa preciosa con largos cabellos rubios, con un vestido largo; y me pregunta si su madre puede oírle.

–"¿Qué diría tu madre si te oyera?

–Se reiría".

Expresa así el placer que él da a su madre con su feminidad.

La madre no se dará cuenta de hasta qué punto participaba en el síndrome de su hijo hasta después de un cierto tiempo de análisis y se muestra avergonzada de haberle animado en su feminidad.

Stoller decía que los padres rechazaban un tratamiento, incluso una conversación. Los tiempos han cambiado, los padres generalmente acuden espontáneamente a la consulta, y ningún padre de un niño con trastornos de identidad ha rechazado un tratamiento, incluso algunos lo han pedido expresamente.

Hemos tenido evoluciones favorables del niño y de los padres, a la vez, pero también hemos encontrado dificultades que desbordan el problema particular de los trastornos de identidad sexual, para entrar en el marco más general del tratamiento de sujetos perversos. Hemos podido constatar (esto también ocurre con los sujetos psicóticos) cómo los pacientes llegan a escindir al equipo y a enfrentar los unos a los otros.

LAS RELACIONES DE LOS DIFERENTES TERAPEUTAS ENTRE ELLOS CUANDO TRATAN A PADRES E HIJOS

Comenzaré con el ejemplo de una reunión de síntesis concerniente a una niña pequeña donde se sospechaba la existencia de malos tratos.

Aglaé nos llega a través de ASE (Ayuda Social a la Infancia). Su historia es complicada. Su madre había encargado su cuidado a una mujer desde los primeros días de vida, no había pagado ninguna pensión y había dejado de ir a verla. Los problemas crecieron cuando la niña cumplió los dos años porque su madre adoptiva no tenía ningún papel en el que le confiaran el cuidado de la niña y ningún estatuto legal. La niño tragó white spirit y tuvo que ser hospitalizada. En el hospital se preocuparon por la situación de la niña, ya que sospecharon malos tratos (equimosis, etc.). no quisieron devolver la niña a su madre adoptiva tomaron una medida perjudicial para la niña a corto plazo y sin planificarlo a largo plazo. Acogida por una institución, la niña sufrió un retraso considerable, perdió el lenguaje, hasta tal punto que se inquietaron y finalmente la devolvieron a su madre adoptiva al cabo de un año. Este es el momento en que la vemos nosotros. La madre adoptiva quería a Aglaé y Aglaé estaba unida a su madre adoptiva, con respecto a la cual teníamos ciertas dudas: se prostituía, y se repetía la sospecha de malos tratos. Aglaé llegaba con marcas de

arañazos, y de cardenales y la madre adoptiva decía que era culpa del gato. Hubo otro accidente doméstico, otra hospitalización, y de nuevo, una sospecha de malos tratos. Se organizó una reunión de síntesis entre todos los que habían intervenido. Esperaba encontrarnos sólo algunas personas y nos juntamos todos: el equipo del Centro (la asistente social, los tres terapeutas del grupo terapéutico, yo misma), los representantes de la ASE, la psicóloga del Hospital donde Aglaé había sido hospitalizada, los educadores que se ocupaban de la madre biológica, y algunas personas en prácticas que creímos hacer bien en llevar para su formación...Lo que nos chocó fue la manera en que cada uno se identificaba con los intereses de su cliente y nadie era capaz de tomar un punto de vista descentrado del problema. Así los educadores que se encargaban de la madre biológica pensaban que había hecho progresos y que había que darle nuevas oportunidades, Después de tener a Aglaé, la madre había tenido otro niño al que abandonó tras su nacimiento y que había sido adoptado, los educadores pensaban que había que hacerla volver a ver a este hijo y que reanudara los lazos con Aglaé. Esperaba un tercer hijo al cual creían que iba a ser capaz de sacar adelante (lo que se vio que fue imposible más tarde). A lo mejor estos educadores pensaban que el reconocimiento de la calidad de su trabajo dependía de esa visión utópica contraria a la ley y al buen sentido. Los representantes de la ASE que, después de grandes dudas habían entronizado a la madre adoptiva como asistente maternal oficial y retribuida, no podían creer ni los malos tratos ni la prostitución, que se rectificaban por sí solos. Estábamos apunto de volver a vivir una aventura tan perjudicial para la niña como la decisión que se tomó en la primera hospitalización.

Creo que este caso es ejemplar en la manera en que cada uno ve a su cliente, pero sobre todo es un ejemplo de la puesta narcisista que cada uno hace en la presentación y evolución favorable de su cliente. “Yo le atendí, Dios le curó”,es un lema de Ambroise Paré, retomada por Freud, y una gran verdad para

expresar la humildad que debemos tener. Hacemos todo lo que podemos, no debemos atribuirnos la gloria entera de una evolución favorable ni castigarnos en el caso de una evolución desfavorable. Debemos interrogarnos para saber si no podríamos haber hecho otra cosa, pero, menos orgullosos de nuestros logros, estaríamos menos agobiados por las resistencias que la enfermedad mental opone a nuestra acción.

En el seno de un equipo en tratamientos de larga duración, nos encontramos con dificultades. Podemos ser manipulados sin darnos cuenta por los pacientes y enfrentados los unos a los otros, cada uno reprochando al otro su ceguera ante su paciente pensando demasiado bien. Clayde Balier, que ha trabajado en prisiones con delincuentes sexuales, insiste en la imposibilidad de tratar a este tipo de pacientes, que saben seducir a sus terapeutas, si no se constituye un equipo en el que cada cual comunique a los demás miembros no sólo lo que averigua, sino también lo que piensa y experimenta, los afectos que el paciente despierta en él. Es francamente difícil conseguirlo.

CONCLUSION

Una de las fuerzas de los terapeutas conductistas es que hacen participar a los padres en el tratamiento de su hijo. En casa hay que observar al niño, tachar casillas en una *check list* de comportamientos, practicar refuerzos, etc. No sé en qué medida esta manera de proceder mejora o altera la relación con el niño. Pero lo que es seguro es que da a los padres el sentimiento de que no son los culpables de la enfermedad, de que son co-terapeutas. Las asociaciones de padres de niños autistas son arduos defensores de estos métodos porque se han sentido maltratados por psicoanalistas y, a veces, realmente lo han sido.

Hay que establecer una alianza terapéutica con los padres también, no sólo con el niño. En todo caso no quiere decir que sea fácil. A pesar de nuestra voluntad de benevolencia, algu-

nos padres reaccionan a nosotros de forma negativa. Recuerdo una consulta, en cuya discusión posterior, los que habían seguido la consulta por medio de un circuito interior de televisión, me reprocharon el no haber expresado vigorosamente mi reprobación con respecto a la madre, que me contaba cómo pegaba a su hijo, cómo le encerraba en un cuarto oscuro, etc. Había sufrido por el niño tanto como los demás asistentes, pero me había apoyado, para soportar a la madre (tolerarla, apoyarla),en el conocimiento de que los padres que maltratan han sido generalmente niños maltratados y que el niño desgraciado que han sido busca en nosotros el padre benévolo que nunca tuvieron y que, paradójicamente, creían encontrar en el niño, con un profundo desconocimiento de lo que son los hijos y de sus necesidades.

En el trabajo de la psiquiatría del niño, nos es duro identificar, a la vez, al niño y a los padres. Ayudada por la edad, ante la actual generación de adolescentes, sigo siendo sensible a lo que les hacen sus padres, que son generalmente torpezas y no maleficios, pero también soy sensible a lo que los adolescentes hacen vivir a sus padres. El maravilloso texto de Winnicott ("El odio en la contratransferencia") me vuelve a la cabeza, mostrando todo lo que el hijo hace a la madre susceptible de suscitar el odio en ella. No sólo el bebé está ávido y repudia, y rechaza a su madre como si fuera una monda de naranja. Cogido entre su voluntad de independencia y su dependencia de hecho, el adolescente tiene exigencias considerables y no quiere saber nada de las dificultades reales de sus padres: "Ellos me han traído al mundo, ya se las arreglarán para darme todo lo que les pido". Sabemos, particularmente, lo que hacen vivir a sus padres los hijos que se drogan, y no se drogan siempre porque sean "malos padres".

Por lo tanto, no me cuesta no condenar a los padres, lo que no significa que, presos de sus proyecciones, no se sientan acusados por el solo hecho de que su hijo no esté bien y tenga que consultar a un psiquiatra y a su equipo.

INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS BREVES EN LA LATENCIA DESDE UN AREA BASICA DE SALUD*

Marta Toledano Ramón**

SINTESIS

La comunicación presenta un tipo de "ayudas puntuales" que fueron aplicadas desde un ABS (Area básica de salud) de Barcelona. Se ha comprobado su utilidad en el abordaje de esos momentos críticos del crecimiento que se observan en la Latencia, así como para diagnosticar y orientar posibles tratamientos futuros de estos niños. El artículo constará de una parte teórica, donde se expondrán las características, objetivos y algunas consideraciones referentes a la técnica de estas "psicoterapias breves"; seguido de un caso clínico que ilustrará la idea de trabajo.

Pretendo hacer unas reflexiones acerca de la aplicación de una modalidad de "psicoterapia breve" en los trastornos emocionales que se observan en la época de Latencia.

Estos niños se atienden en un Area Básica de una zona suburbial de Barcelona, donde nos desplazamos dos psicólogas una vez por semana, para prestar atención psicológica.

---

* Comunicación libre presentada en el X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

** Psiquiatra.

Allí, colaboramos con los pediatras del Area con los que realizamos sesiones conjuntas.

La mayor parte de la consulta que se atiende son niños entre 6 y 12 años, que vienen, derivados por los pediatras del centro o la escuela, por problemas que han aparecido recientemente y con un carácter urgente.

He observado cómo en estos latentes que consultan, se produce un momento crítico, una ruptura puntual del equilibrio de su desarrollo, un abrir los ojos a la realidad que les rodea y a la que se enfrentan mediante una "solución" sintomática.

Este tipo de intervenciones fueron puntuales y se pusieron en marcha por las siguientes razones:

1. Nos encontramos con la necesidad de adaptarnos a las características de la población, ya que se trata de una zona socioeconómicamente deprimida con dificultades para trasladarse hasta el hospital que les corresponde (situado a unos 15 Km) y por tanto incapaces de recibir otro tipo de atención que no fuera ésta.

2. Se trata de una demanda puntual en el sentido de que en esta época de la evolución pueden aparecer ciertas dificultades de crianza, que cuando son comprendidas por padres y niños, ambos recuperan su capacidad de autodesenvolvimiento.

3. Es el tipo de ayuda que podemos ofrecer desde este servicio. Pero, hay que tener en cuenta que en muchos casos es la ayuda que estas familias precisan.

¿Qué entiendo por estas "ayudas puntuales"?

Consisten en intervenciones con el niño de 4 sesiones consecutivas, a razón de una por semana, de una duración de 30 minutos cada una. En ocasiones, se han distanciado realizándose quincenalmente (dependiendo de la demanda, la urgencia, el momento de crisis, el volumen de visitas...)

Al finalizarla, valoramos en equipo los resultados y planteamos una entrevista inmediata con la familia, con la finalidad de ayudarles a entender los momentos de crecimiento de sus hijos (que sería uno de los objetivos de estas ayudas). A continuación, se plantea un seguimiento familia-niño para ver la evolución y, si es necesaria, ayuda de otro tipo.

Lo que se pretende es focalizar dónde está el problema interviniendo desde los inicios de la demanda, tratando de desencallar ese momento de crisis del crecimiento por el que atraviesa el niño. Pero, también, estas ayudas tienen finalidad diagnóstica y de orientación de posibles tratamientos, convirtiéndose así en un "inicio" de "Intervención Terapéutica" que, además, ayuda a contener y disminuir la ansiedad.

En algunos casos en los cuales quedan dudas respecto a la focalización o a la intervención más adecuada a ofrecer, se realiza un estudio del caso, previo al comienzo de la intervención.

He observado cómo ofreciéndoles esta "ayuda puntual" se movilizan esos "nudos" que habían aparecido en su desarrollo, de forma que podían tomar consciencia de determinadas situaciones conflictivas, enfrentarse con ellas y elaborarlas. Como consecuencia de esto, disminuyen progresivamente, desde el inicio de la ayuda, las angustias, ansiedades y, por tanto, también el síntoma, permitiendo retomar a estos Latentes, el desarrollo de su evolución.

En referencia a la técnica Destacaré que debido a la brevedad es importante, por un lado, la focalización desde el inicio de la demanda; y por el otro, un papel activo del terapeuta, quien estimulará el Insight y la elaboración gracias a la interacción que establece con el niño. Entrará en contacto con el mundo interno del niño no centrándose en el síntoma manifiesto sino en la comprensión de lo que está pasando.

Se procede focalizando de manera no rígida, siguiendo la línea diseñada, pero estando abierto a lo que aporta el niño

(asociando libremente); esto nos permitiría ver otros problemas básicos que podrían manifestarse bajo este síntoma, sin dejar de tener siempre presente el problema central y conduciendo al niño hacia la observación de su mundo interno.

En este tipo de intervenciones, y debido a la edad de los niños, se incorpora en las primeras sesiones el dibujo, como instrumento para focalizar, para así conseguir que el niño asocie libremente y facilitarle la expresión, ya que el dibujo es un medio con el que el latente se siente cómodo.

Seguidamente, paso a ilustrar esta idea de trabajo relatando una experiencia clínica.

UN CASO CLÍNICO

La primera entrevista se realiza en octubre del 1995. Vienen a la consulta madre y niña.

Laura tiene 9 años, vive con sus padres y un hermano de 4 años.

Nos fue remitida de urgencias desde el servicio de pediatría del ABS, donde atendemos esta consulta, porque llevaba días sin dormir.

Relatan que viniendo del parque les saltó encima un perro que vive debajo de su casa. Desde entonces no duerme.

Inicialmente, escuchamos a madre y a niña. Al cabo de un rato, la compañera psicóloga que llevaba la entrevista, me propuso pasar al despacho contiguo con la niña y ella quedarse con la madre. De esta forma, intentaríamos entender mejor el origen de los miedos.

Laura me siguió al despacho tranquila. Observé que era una niña muy desarrollada físicamente pero con un aire infantil.

Me interesé por conocer con más detalle lo que le había pasado. Me habló de su miedo al perro, no pudiendo contactar con otros miedos.

Le propuse dibujar, comenzando así un H.T.P., el cual posibilitó el hablar de sus cosas y orientarnos hacia el foco del conflicto. Una vez finalizado, comenzó a abocar cosas referentes a sus amigas del colegio, explicándome lo cambiadas que estaban respecto al curso pasado y lo distinta que es a ellas:

–"... tienen pelo largo, llevan faldas cortas, les gustan los chicos... No entiendo cómo a los chicos les puede gustar Rosa, si tiene los dientes montados y sólo piensa en peinarse y en mirarse al espejo... Mis amigas se quedan hablando solas... No quieren jugar a lo de antes... Me gustaría tener los ojos claros, el pelo claro, ser delgada..."

Finalizamos la entrevista proponiéndole vernos de nuevo.

Se observa como Laura, pone de manifiesto una gran ansiedad y necesidad de comunicar un mundo externo que no entiende y un mundo interno que bullía bajo la manifestación del síntoma "miedo al perro". Tiene dificultades para entender el crecimiento: ve, pero no comprende que las amigas están cambiando de forma de vestir y de intereses. Al mismo tiempo, se encuentra con que se está haciendo mayor y hay cosas de ella que no le gustan, a la vez que hay otras que le preocupan. En definitiva, lo que le cuesta es entender el mundo que le rodea a través de los cambios que están teniendo lugar en su mundo interno; le es difícil salir de su mundo infantil y "abrir los ojos" a la realidad latente, encontrándose en la ambivalencia entre seguir siendo pequeña y crecer, diciendo, por ejemplo, que quiere jugar a lo de antes pero que ya no puede, aunque por otro lado, le gustaría ser como sus amigas.

Así pues, el foco de trabajo que fijé fue el miedo y la no comprensión ante este futuro inmediato con el que se encontraba y que suponía hacer frente a los cambios, el crecer, la sexualidad... He de decir que el "tema del perro" no volvió a surgir posteriormente.

Una vez fijado el foco de trabajo, nos planteamos realizar tres entrevistas continuadas a razón de una por semana y luego una entrevista inmediata con la familia, con la finalidad de poderles reorientar y ayudarles a la comprensión.

En la siguiente entrevista, Laura explicó que había dormido mejor despertándose tan solo dos veces. Se observa cómo la sola comunicación de sus preocupaciones hizo disminuir los síntomas. Recordó cosas de las que me habló en la entrevista anterior. Le señalé que todo esto, a ella le preocupaba:

–"Hay muchas cosas que no entiendes... Ves que tus amigas están cambiando de forma de vestir, de intereses y todo esto no lo comprendes... Tú también estás cambiando... Te estás haciendo mayor y estas cosas te preocupan... Están ahí y probablemente por la noche no te dejan dormir..."

Seguidamente, Laura dijo:

–"Mis tíos quieren regalarme un sujetador pero yo sólo tengo chicha... Me dicen que tengo ocho años... Ahora soy más alta, me he adelgazado, me gustan los pantalones más cortos... El año que viene cambiaré de colegio... Yo quiero ir al instituto porque podré ir sola..."

Laura va conectando experiencias y temores:

–"Un día me levanté sonámbula y fui a la cama de la mamá y la mamá me dijo que estuve hablando del basket... Que me había hecho daño en el pie y no pude encanastar... No entiendo por qué me duele el pie o mis amigas son así..."

Yo le dije:

–"Por eso estamos aquí, para que poco a poco puedas entender cuántas cosas ocurren de día y de noche".

Antes de dar por finalizada la entrevista, le propuse tener dos entrevistas más con ella, para hablar de todo esto que le preocupaba. Fijamos los días que vendría y la hora. De esta manera, quedó marcado el Setting de trabajo.

En las entrevistas posteriores se fue observando cómo pasó de la disociación a la conexión con la realidad de una niña más adulta, comenzando a contactar con la causa de su no poder dormir y finalizando, en la última entrevista, con la desaparición total del síntoma.

Una vez transcurridas las entrevistas fijadas con la niña, realicé una nueva entrevista conjunta madre-niña. En ésta, la madre aportó sus impresiones acerca del estado de la niña. Explicó que el síntoma había desaparecido. Transmitió cambios en los gustos y la personalidad de Laura, quien ahora preguntaba por qué constantemente, no se conformaba con según qué cosas..., confirmando su proceso evolutivo.

Expliqué a la madre la situación actual de Laura, el momento de crecimiento en el que se encontraba y la necesidad de que la viera con otros ojos, pues ya era una niña mayor.

Planteé una entrevista de seguimiento al cabo de un mes para valorar cómo estaban las cosas, pero desaparecieron y no volvieron a acudir a la consulta.

APROVECHAMIENTO PSICOTERAPEUTICO DE LOS RECURSOS PUBLICOS: UNA EXPERIENCIA*

Carmen Oriol López-Montenegro
y Paz Pérez Yarza San Sebastian***

Vamos a presentaros el trabajo que venimos realizando en el Municipio de Getxo desde 1992 en el contexto de dos programas subvencionados por el Ayuntamiento de Getxo con una población de adolescentes y adultos vecinos de dicho Municipio. Es un Municipio de 84.000 vecinos y esta dotado de una gran variedad de recursos socio-culturales tanto públicos como privados, lo que fue un dato relevante para la elaboración de nuestro proyecto de trabajo.

ANTECEDENTES

En Diciembre de 1992 el Ayuntamiento de Getxo sacó a concurso público la adjudicación de un Servicio que llamó de Integración Social de Adolescentes y que según define el propio Ayuntamiento iba dirigido a los siguientes beneficiarios:

---

* Comunicación libre al X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

** Psicólogo clínico. Servicio de integración Social de Adolescentes del Ayuntamiento de Getxo (Vizcaya).

*** Psicólogo clínico. Servicio de integración Social de Adolescentes del Ayuntamiento de Getxo (Vizcaya).

"Vecinos del municipio, adolescentes, cuya situación social pueda suponer dificultades para su adecuado desarrollo personal e integración social."

Nuestro proyecto fue seleccionado y se nos adjudico el Servicio en Marzo de 1992. Esta primera fase duró hasta Septiembre de 1994.

En Octubre de 1994 el Ayuntamiento fusiona dos programas que ya venían funcionando: El Servicio de Integración Social de Adolescentes y el Servicio de Integración con Familias, y saca a concurso un nuevo programa llamado Servicio de Intervención Social con familias y adolescentes.

En esta segunda fase presentamos un nuevo proyecto con un equipo formado, además de nosotras por dos pedagogas y un educador de menores. Nuevamente el Ayuntamiento nos adjudicó el Servicio en Octubre de 1994, en el que en la actualidad seguimos trabajando.

Esta comunicación va a referirse exclusivamente a los objetivos, estrategias y resultados de esta segunda fase, ya que de alguna manera surge de la experiencia extraída en la primera y supone una ampliación y mejora del primer proyecto.

MARCO PSICOTERAPEUTICO DEL PROYECTO

Desde la perspectiva de la integración social planteada por el Ayuntamiento, establecimos el proyecto de trabajo sobre una hipótesis según la cual, si aquellos adolescentes que apenas tenían relaciones sociales a causa de diversos factores, se les facilitaba el acceso a los ámbitos naturales de relación de su entorno social y allí podían contactar con sus iguales, este encuentro les iba a permitir descubrir, reconocer y potenciar sus propios recursos de integración social y de desarrollo personal.

Por ello, centramos nuestro trabajo en la búsqueda de un cambio en las condiciones sociales exteriores que rodean a estos adolescentes.

Nuestra función en este contexto, entendimos que consistía en posibilitar ese encuentro, que consideramos la clave de la evolución social y personal buscadas, y facilitarlo desde todos los ángulos posibles:

- apoyando el acceso a recursos socio-culturales que le van a permitir la ocasión del encuentro buscado
- favoreciendo todo tipo de procesos de autonomía
- ofertando una sesiones de apoyo psicoterapéutico donde poder elaborar las dificultades personales que podrían interferir en ese encuentro.

Cuando hablemos de las fases que seguimos en nuestro trabajo, describiremos con detalle la estrategias que utilizamos porque pensamos que no solo dan cuenta del modo concreto como trabajamos, de los problemas que nos hemos encontrado y de las respuestas que hemos arbitrado, sino sobre todo, porque describen de que forma, nos atreveríamos a decir, mimamos ese encuentro, que antes hemos definido como el pilar del cambio buscado.

DESCRIPCION DEL PROYECTO

Población atendida

Los adolescentes que han accedido al Servicio presentan las siguientes dificultades:

- Minusvalías mayoritariamente psíquicas, que solicitan ayuda para su inserción social y/o laboral.
- Madres adolescentes solteras excluidas de sus familias
- Adolescentes que viven diversas situaciones de riesgo como por ejemplo estar en sus casas sin hacer nada y

sin establecer con el exterior casi ningún tipo de contacto.

- Adolescentes con dificultades personales, que se niegan a consultar en el Centro de Salud Mental de la zona.

Para una mayor objetivación y evaluación de nuestro trabajo hemos agrupado estas dificultades en indicadores de riesgo. Estos nos permiten, por un lado, seleccionar entre la demanda aquellos adolescentes que acceden al programa y, por otro lado, establecer objetivos, evaluar el proceso, confrontar logros y dar las bajas del programa.

Estos indicadores son:

1. Tener algún tipo de minusvalía.
2. Encontrarse en situación de aislamiento social
3. Presentar dificultades personales para un adecuado desarrollo madurativo
4. No tener el graduado escolar
5. Vivir conflictos familiares
6. Presentar conductas de inadaptación social
7. Ausencia de actividades formativas o laborales.

Estos indicadores no significan que cada adolescente deba tener todos para entrar en el programa, sino que aquellos que son dados de alta en el programa poseen al menos alguno de los tres primeros.

Objetivos

Desde la perspectiva global de prevenir y en su caso corregir la marginación social del adolescente y partiendo de las carencias concretas, de las habilidades y capacidades desarrolladas o desarrollables, intereses, deseos, motivación, etc., así como de los indicadores de riesgo que presenta cada adolescente nos planteamos en cada caso un conjunto de objetivos personales.

Estos objetivos están agrupados en tres áreas de trabajo:

1. Area de las Relaciones Sociales,
2. Area de la Formación
3. Area de la Personalidad

Método de trabajo

Entrada en el Servicio

El ingreso se realiza por dos cauces

a) desde las Trabajadoras Sociales de Base del Ayuntamiento

b) desde los Centros de Salud Mental Infantil y de Adultos de Uribe Kosta

En todos los casos se requiere la aceptación expresa del adolescente al cual va destinado el programa antes de darle el alta. Sin embargo y como es esperable, la mayoría de los adolescentes, ya que vienen al Servicio traídos por sus familias, no presentan dicha motivación. Naturalmente esta es la primera e indispensable tarea del proceso de ayuda.

Fases del proceso de atención.

1.ª Fase: Evaluación diagnóstica:

Una vez hecha la solicitud, el primer paso es valorar la demanda en la reunión quincenal que mantenemos con la Coordinadora del Servicio dentro del Departamento de Bienestar Social del Ayuntamiento y en su caso con la Trabajadora Social de Base o cualquier otro profesional que haga la derivación. Damos mucha relevancia a este contacto con la Trabajadora de Base porque a veces, desde una perspectiva psicológica, se resitúa la demanda y, en vez de entrar en el Servicio, el caso es seguido por ésta.

Una vez dada el alta en el Servicio, el adolescente entra en una primera fase que llamamos de evaluación diagnóstica donde además de las entrevistas necesarias con éste, si lo vemos oportuno, entrevistamos a la familia y a otras personas, como psiquiatras, psicólogos o profesores que puedan aportar datos pertinentes.

Esta fase finaliza con el establecimiento de un proyecto para cada adolescente que incluye los objetivos personales y en función de estos, las estrategias de actuación. Proyecto que, en primer lugar debe ser aceptado por el adolescente y en segundo lugar, si fuera necesario, ser compartido por todas las personas implicadas en el caso.

2.ª Fase: Actuaciones concretas:

Cada proyecto pues consta, como ya hemos señalado, de una serie de objetivos y estrategias orientadas al trabajo en cada una de las tres áreas antes señaladas.

En el área de las relaciones sociales donde los objetivos están centrados en la ruptura del aislamiento social utilizamos

1. La intervención mixta que permite abordar cada caso desde una mayor pluralidad de aspectos tanto desde la perspectiva personal como social

   a) Integración en recursos de ocio y tiempo libre. Una vez seleccionado y aceptado por el adolescente el recurso al que se le va a integrar, este es acompañado por el educador de menores en sus primeros contactos, lo que evita rechazos iniciales y facilita mucho la integración.

   b) Sesiones de apoyo psicoterapéutico por nuestra parte para abordar las dificultades de orden personal que limiten dicha integración.

   c) Contactos con las familias para abordar las eventuales dificultades que surjan de esa integración. Como

por ejemplo: desde el afán protector de las familias que dificulta el proceso de autonomía del adolescente, en particular en los minusválidos.

d) Seguimiento con los monitores del recurso, de todo el proceso, lo que permite tanto que la inclusión sea mejor aceptada como que los monitores no se sientan solos ante las posibles dificultades que surjan.

e) Coordinación de las funciones del educador de menores y de las psicólogas haciendo un seguimiento de cada caso.

2. Grupo de encuentro de jóvenes, andando el tiempo, nos encontramos con que los adolescentes que seguían en el Servicio, mayoritariamente aquellos que presentan algún tipo de minusvalía iban creciendo y hacia los 17 años no tenían lugar en los clubs de tiempo libre cuyas actividades van dirigidas a gente más joven.

   Por ello, apoyándonos en un grupo de jóvenes voluntarios, ideamos la posibilidad de crear un espacio de encuentro cuyo objetivo es potenciar amistades y relaciones entre los adolescentes, más allá incluso de dicho espacio. El grupo comenzó a reunirse en Abril de 1994.

Podemos afirmar que esta estrategia está cumpliendo sus objetivos y que ha supuesto

- Por un lado un aumento de la utilidad de nuestra intervención: los adolescentes se están constituyendo como un grupo natural: realizan excursiones, se citan los fines de semana etc. y todo ello por su propia iniciativa. La intervención, en orden a facilitar los procesos de grupo, tanto de los voluntarios como nuestra es cada vez menor. Sin embargo todavía tienen dificultades para relacionarse con otros grupos naturales y este es uno de los problemas que tratamos de elaborar dentro de las sesiones de apoyo personal de las que luego hablaremos.

- Por otro lado un ahorro de tiempo: anteriormente y dentro de la estrategia mixta, el educador de menores dedicaba un tiempo a cada adolescente para seguir las incidencias de su participación en los clubs. Ahora, esa misma dedicación personal, la realiza cada Jueves en el grupo.

Mantenemos una sesión mensual de evaluación con los voluntarios.

En el area de la formación los objetivos se centran en adquirir un mayor nivel de formación y capacitarse laboralmente, las estrategias son:

1. Apoyo personal para despertar intereses, motivar, orientar.
2. Coordinación con los centros y servicios a los que acuden los adolescentes para asistir a diferentes cursos de todo tipo de formación profesional reglada y no reglada. Esta es una estrategia a la que dedicamos mucha atención. En muchos casos el logro de los objetivos ha dependido de como se han dado esos primeros pasos en otros servicios. Por ello, cuidamos particularmente la puesta en contacto inicial y hacemos un seguimiento mientras dura la intervención del servicio elegido.
3. Apoyos al aprendizaje realizados por estudiantes voluntarios con los que hacemos previamente una evaluación del caso y un seguimiento de su trabajo.

En el area de la personalidad los objetivos se centran en el trabajo sobre las dificultades personales que puedan interferir en las dos áreas anteriores:

a) Sesiones de apoyo psicoterapéutico.
b) Seguimientos mensuales o incluso telefónicos: atención más puntual pero presente, principalmente en los casos de minusvalías y adolescentes con pocos recursos personales.

c) Derivaciones a Centros de Salud Mental: en estos casos nuestro trabajo se ha centrado en potenciar la motivación necesaria para solicitar la consulta y mantener el apoyo o seguimiento que sea necesario en coordinación con el Centro consultado.

3.ª Fase: Baja del Servicio

Al final de la 2.ª fase cuando consideramos cubierto el proyecto personal establecemos un contacto con la persona derivante y evaluamos el proceso seguido planteando la baja del Servicio.

CONCLUSIONES

Vamos a dar algunos datos referidos al 2.º proyecto, es decir de los 2 últimos años, que nos permitan hacer una evaluación global del programa y exponer algunas conclusiones.

En este período el total de la población atendida ha sido de 55 adolescentes, de los que 27 ya han sido dados de baja.

- De los 30 adolescentes que presentaban el indicador de aislamiento social 26 lo han superado, es decir un 87% ya no se encuentran aislados, tienen relaciones sociales aunque en algunos casos siguen precisando nuestra intervención.
- De los 36 que presentaban el indicador de situación personal conflictiva lo han superado 16 es decir un 45%. Por superación de este indicador entendemos una remisión de las dificultades, es decir, un aumento de la tolerancia frente a estas, como en el caso de las minusvalías, una mayor maduración afectiva y estabilidad emocional, una puesta en marcha de capacidades personales, mayor nivel de autonomía, etc..

  En definitiva que las dificultades personales ya no sean un impedimento para el encuentro con sus iguales y

puedan continuar avanzando en su proceso de maduración y de integración social

- El de ausencia de actividad de 25 lo han superado 21, es decir un 84%.
- 5 adolescentes han conseguido su primer trabajo, de estos uno presenta una minusvalía.
- 5 han abandonado o rechazado acceder al programa.
- En los casos dados de baja, la duración media de la intervención se ha ido reduciendo, desde 2 años a 16 meses en la actualidad.

Estos datos nos permiten pensar que nuestra hipótesis tiende a verse confirmada. Un porcentaje alto, como hemos señalado, de los adolescentes que han pasado por el programa han potenciando su desarrollo personal y están integrándose socialmente: estudian, han hecho amigos, se divierten con ellos e incluso, algunos, trabajan como sus iguales, aunque otros todavía sigan necesitando esa presencia continuada desde la distancia a la que antes hacíamos referencia y sigan presentando dificultades que en su día puedan elaborar en una psicoterapia.

AUTONOMIA Y DEPENDENCIA PSÍQUICAS DEL NIÑO AQUEJADO DE UNA ENFERMEDAD SOMATICA GRAVE*.

Golse, Bernard**

Agradezco infinitamente a los organizadores de este congreso y en particular al Profesor Alberto Lasa (a quien conozco desde hace más de 8 años) por haberme invitado a estas jornadas de trabajo.

Para mí es un gran placer alojarme en una ciudad tan bonita así como relacionarme con personas tan amistosas y llenas de vida.

También es para mí un gran honor poder participar en las actividades de SEPYPNA.

No obstante, a pesar de trabajar en Saint Vincent de Paul que es un hospital de niños, el tema que me ha sido confiado, la Dependencia y autonomía psíquicas del niño aquejado de una enfermedad somática grave, me resulta un tanto difícil. Una dificultad en efecto, porque aunque veo bien cuál puede

---

* Ponencia presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

Traducido por Sokoa Lasa.

** Psiquiatra - Psicoanalista Responsable de la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital Saint Vincent de Paul (París) Profesor de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en la Universidad René Descartes (París V).

ser la dependencia del niño respecto a una enfermedad crónica,en realidad, no me es fácil ver siempre cuál puede ser su margen de autonomía.

La enfermedad impone su ley y no creo que sea posible –ni para el niño ni para nadie– subsistir a su propia norma (autonomía).

Para poder hablar de autonomía, ¿es suficiente defenderse de las angustias que provoca la enfermedad somática, basta con dar un sentido a ese acontecimiento tan particular como es la enfermedad somática crónica, es suficiente, entonces, que el niño se haga una representación personal o que se haga una "teoría privada" y personal? Sería confundir un poco precipitadamente independencia y una simple tentativa de dominio.

Por otra parte, hablaré más ampliamente del niño que del bebé y del adolescente ya que, en el niño, en esa época de la vida, existe ya un acceso a un dominio notable del lenguaje y, por otra parte, una implantación acabada de los objetos (totales) edípicos, en lo referente a la problemática narcisista del adolescente, lo que confiere a las nociones de dependencia y de autonomía una dinámica particular en esa época de la vida, época que, en el plano intelectual, ve la implantación –según el modelo piagetiano– de las estructuras de un pensamiento preoperatorio y operatorio.

Además, y sin obsesionarse con las distinciones introducidas por G. CANGUILEM, entre las nociones de **enfermedad, anomalía** y de **hándicap**, es seguro, sin embargo, que la situación de enfermedad somática crónica (ESC) lleva a menudo a un cúmulo doloroso de esos tres registros ya que tras una ruptura en el curso del desarrollo fisiológico, da lugar a una relativa marginación del niño con respecto a sus iguales y a una alteración más o menos marcada por el placer del funcionamiento corporal.

CASOS CLINICOS

Me gustaría citar dos casos:

El primer caso es el de un niño de 8 años que he recibido recientemente. Aquejado de una enfermedad de Werdnig-Hoffmann, los cirujanos le proponen una inmovilización con un corsé de escayola ajustado que él se niega a llevar categóricamente, esta medida le va a permitir posteriormente, cuando finalice su crecimiento, una intervención neuro-ortopédica susceptible de asegurarle una situación sentada relativamente autónoma.

Como ocurre generalmente en los casos de este tipo de afección, se trata de un niño que presenta una gran madurez intelectual y afectiva, madurez defensiva visible en ciertos dominios, pero que no le procuran ninguna autonomía con respecto a la enfermedad que le postra literalmente, a su sillón de ruedas eléctrico.

–"Si no estuviera enfermo", me decía, "me habría gustado ser piloto de avión"

Y yo, entendiéndole, me decía a mí mismo que de ese sueño, hoy sólo quedaba el pequeño mando manual de su sillón eléctrico, sustituto irrisorio y trágico del "mango de la escoba" de sus fantasmas supersónicos.

Volviendo a los términos de Emile AJAR y de Cl. ETCHERELLI, este niño ha pasado al lado de la "verdadera vida", y por lo tanto "se defiende", incluso aunque ya no le quede "la vida por delante".

El segundo caso es el de un niño de 5 años aquejado igualmente de una enfermedad de Werdnig-Hoffmann.

Con una inteligencia superior pero profundamente inválido a causa de una tetraplejia casi total, me dice un día, con los ojos llenos de lágrimas: "Hasta los perros corren..."

Así, perdonen mi insistencia, vuelvo a cuestionarme si osaríamos hablarles, a ellos, de autonomía e independencia.

Todo esto me lleva, para concluir esta introducción, a citar el trabajo de Ph. GUTTON que muestra a fondo las tres "lecturas" posibles de la enfermedad somática:

1. Una lectura pediátrica, la historia natural de la enfermedad.
2. Una lectura psicológica que analiza las consecuencias afectivas de los acontecimientos pediátricos pero con una perspectiva de causalidad bastante directa, en el seno de una temporalidad linear
3. Una lectura psicodinámica que integra la enfermedad en la vivencia del niño, en su historia y en los mitos transgeneracionales que convergen en él, esto dentro de una lógica del traumatismo en dos tiempos (concepto de después) y en el seno de una temporalidad circular.

Estas tres lecturas se sitúan bien desde un planteamiento extrapolante (búsqueda de esquemas generales a partir de una situación dada), o más bien desde un planteamiento singularizante (análisis de la historia y de la vivencia de un niño dado).

GENERALIDADES

Ahora, por tanto, voy a citar algunas consideraciones generales sobre los conceptos de dependencia y autonomía, y su conceptualización en el caso de la ESC.

1. Teniendo en cuenta los propios términos de dependencia y autonomía, es tentador referirse a los conceptos de "línea de desarrollo" de A. FREUD y describir una maduración progresiva del psiquismo del niño que le permite reaccionar diferentemente frente a la enfermedad somática crónica en función de su edad, de su edad de madurez más que de su edad cronológica, es decir, en función del grado de instauración y de interrelación de sus distintas instancias intra-psíquicas.

En realidad, si bien A. FREUD ha descrito una línea de desarrollo que va "del descuido a la responsabilidad en la con-

cerniente a la manera de tratar a su propio cuerpo", no ha aplicado realmente su concepto de línea de desarrollo a la cuestión de la enfermedad somática crónica.

Después de ella, numerosos autores han descrito cuidadosamente la necesaria articulación entre pediatras y psiquiatras, las diferentes disminuciones psíquicas de la enfermedad en el niño, su familia y el equipo de cuidadores así como los diversos arreglos defensivos posibles contra la angustia pero generalmente estas cuestiones no se encuentran, propiamente dichas, formuladas en términos de dependencia o autonomía.

¿Puede, en todo caso, reducirse la autonomía, como hemos dicho, a una estrategia de defensa contra la angustia, tan elaborada como puede ser esta estrategia?

Quien dice autonomía dice independencia y referencia a una ley personal, evocación bastante problemática frente al hecho brutal de la enfermedad grave.

Autonomía e independencia parecen así muy utópicas en el registro de la Realidad.

Dentro de lo Imaginario o de lo simbólico, probablemente el concepto de "Teorías médicas infantiles" sea el que mejor refleje ese esfuerzo de autonomía del sujeto con respecto a la enfermedad gracias a su tentativa de instauración de un sistema explicativo personal que comporta sus reglas y sus leyes internas.

Pero los conceptos opuestos al de autonomía son la dependencia, la sumisión, la subordinación y la tutela, términos que implican una dimensión de **pasividad,** y este es el punto importante.

Para nosotros psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, el concepto de dependencia evoca por una parte el de "assuétude" (dependencia física y dependencia psíquica) y por otra parte, en un plano psicodinámico, la referencia a un objeto indispensable, sea de tipo anaclítico o narcisista.

Volveré a ello.

2. Se puede decir que la enfermedad somática (crónica) y las intervenciones médicas eventuales vuelven a confrontar el niño (y sus padres) con el Hilflosigkeit inicial de su desarrollo, es decir, con ese período de desarraigo, de desvalimiento, de impotencia fundamental que, según J. LAPLANCHE, corresponde sobre todo a una impotencia para descodificar, transcribir y traducir los mensajes que emanan del objeto libidinal, mensajes portadores de los famosos "significantes enigmáticos".

Este período de impotencia primaria, en parte ligada a la inmadurez inicial del psiquismo del bebé implicaría la puesta en marcha del inconsciente primordial por medio de la represión originaria de esos significantes enigmáticos inmetabolizables pero sobre todo, por la dimensión de pasividad que se añade, tratándose de una pasividad traductora. Este período concurriría con la instauración de una seducción, seducción entendida dentro de una acepción ampliada, una seducción imaginaria dentro del marco de la teoría generalizada de la seducción recientemente propuesta por J. LAPLANCHE.

Dentro de esta teoría, existe una seducción real y fantasmática desde el momento en que el sujeto es confrontado pasivamente con una situación o con unos mensajes que no puede descodificar y que le desbordan.

Los significantes enigmáticos son por tanto fundamentalmente seductores para el niño por la carga pulsional, libidinal y agresiva, que transportan sin que lo sepa la persona que los emite.

El enigma provoca entonces un choque, bien en el registro del terror, bien en el registro de la fascinación, pudiendo estos dos registros sin embargo combinarse y responder a mezclas sutiles pero diferentes, de pulsiones de vida y de pulsiones de muerte.

Para volver a la enfermedad somática crónica, las investigaciones y las atenciones pediátricas podrían así reactivar esta

seducción originaria, reactualizar esa vivencia de pasividad y de dependencia iniciales en la medida en que pueden ser percibidos por el niño como análogos de sus antiguos significantes enigmáticos. Fuente de terror o de fascinación, los cuidados médicos o quirúrgicos, ¿no son, en definitiva, fundamentalmente enigmáticos para el niño?

No sólo son portadores, sin que lo sepa el cuidador, de una carga de amor y de odio, de toda una dimensión de erotismo y de violencia, que hacen que los cuidados pediátricos no conciernan sólo las necesidades y la autoconservación sino que se inscriben también, como los cuidados maternos, en el orden del deseo y de lo sexual en sentido amplio.

Por otra parte, este efecto de desbordamiento participa inconscientemente tanto en las vocaciones maternales como en las vocaciones cuidadoras.

3. Sea lo que sea, tanto objeto pasivo del proceso mórbido como los cuidados e investigaciones que se derivan, el niño va a tener que conquistar (o reconquistar) un estatuto de sujeto activo o coactivo, es decir integrar el hecho de la enfermedad dentro de su historia personal de la cual es a la vez actor y coautor (por lo menos en lo concerniente a la versión reconstruida, después, de esta historia)

Lo que se cuestiona pues es todo el problema de la mentalización, mentalización que permite el paso del "sufrimiento bruto", sin sentido, al sufrimiento significativo.

En definitiva se trata de un proceso activo de puesta en forma de los acontecimientos, puesta en forma que les asegura una atribución de sentido, permitiéndoles esto último, en situaciones comparables dadas, atenuar la intensidad de la angustia y de del sufrimiento psíquico. Siendo el peor de los casos no entender lo que sucede o, más bien, no poder explicarlo, dentro del modelo de las teorías sexuales infantiles, el niño, frente a la enfermedad somática, va a forjarse unas "teo-

rías médicas infantiles" que en el marco de la segunda infancia estarán centradas por la culpabilidad edípica (noción de la enfermedad-sanción) y por la dimensión todavía mágica del pensamiento del niño (con sus recursos al realismo, a la artificialidad, al finalismo y al animismo.

Esas impregnaciones fantasmáticas y ese nivel cognitivo pueden a veces sorprender y deslucir en comparación con la calidad de verbalización ya alcanzada de la cual no hay que fiarse para evitar malentendidos en cuanto al nivel todavía muy irracional y subjetivo de las representaciones que el niño da a su enfermedad.

4. Sin embargo, hay que precisar que dentro de esta perspectiva de defensa contra la angustia, el dominio o la tentativa de dominio de la situación sería más bien del lado de una ilusión de autonomía, implicando la autonomía en general una cierta parte de renuncia a los fantasmas de cualquier fuerza.

En relación a esto, no vamos a entrar en los diferentes mecanismos de defensa que puede desarrollar un niño para luchar contra la angustia: identificación con el agresor, regresión, negación, desligamiento, escisión y proyección por ejemplo que, desde A. FREUD, han sido objeto de numerosos trabajos.

Aunque aseguren un mayor confort psíquico al niño y deban ser por tanto localizados y respetados, no se puede decir que aseguren, por sí solos, una verdadera independencia o una verdadera autonomía del niño frente a su afección.

Entre las diferentes angustias, que el niño debe afrontar y que arraigan en el nivel de representación que se hace de la muerte, están también,de forma más indirecta, aquellas que son activadas en él por medio de la vivencia de los padres o del equipo cuidador.

En este punto, pienso en los fenómenos de depresión de equipo o de duelo anticipado (bien estudiados por ejemplo en Francia por N. ALBY a propósito de las hemopatías malignas)

Esos fenómenos de depresión o de desinvestimientos a nivel del entorno confrontan al niño a un vaciado relacional del tipo " complejo de la madre muerta" (A, GREEN) que puede reforzar sus dificultades directas.

El margen de autonomía del niño puede consistir entonces en reanimar a sus padres o sus cuidadores y vemos efectivamente un cierto número de niños gravemente enfermos que se desloman por reconfortar el psiquismo desfalleciente de su entorno, tentativa poderosa donde el fracaso a veces, a plazo, agrava su propio hundimiento depresivo.

SITUACIONES PARTICULARES

He insistido mucho en las consideraciones generales con el fin de poder ser breve a la hora de ver las situaciones particulares que podemos encontrar.

Primero hay que decir con respecto a la edad, que aunque es clásico decir que en el caso de una enfermedad somática crónica, el bebé tiene que afrontar sobre todo angustias de separación (ligadas a la hospitalización), el niño una vivencia de enfermedad-sanción (ligada a su culpabilidad edípica) y el adolescente angustias ligadas al alcance de su integridad narcisista, estos tres tipos de dificultades están generalmente más o menos intrincados, sobre todo durante la segunda infancia.

Dependencia y autonomía con respecto a los síntomas:

Por supuesto, no se trata de abordar aquí las diferentes patologías del niño que se han estudiado desde este punto de vista (nefropatías, cardiopatías, hemopatías, diabetes,..) sino de localizar algunas líneas de fuerza.

1. Además del peso específico de la dependencia física del niño, si su enfermedad incluye una cierta dimensión de

hándicap, sobre todo si es motor, el aspecto visible o no de los síntomas nos parece un punto muy importante desde el punto de vista del par dependencia/autonomía.

En efecto, esta visibilidad condiciona en parte el impacto de la enfermedad en los demás y cada niño puede vivirlo de forma diferente: uno se sentirá más independiente si su enfermedad no se ve, otro más dependiente si la no-visibilidad de su enfermedad (diabetes, por ejemplo) hace que los cuidados y las precauciones que el tiene que explicar y justificar resulten intrigantes para los demás.

2. Aquí también habría que evocar los beneficios secundarios posibles de la enfermedad así como la erotización eventual del sufrimiento o la reactivación de los autoaferramientos precoces (por parte de una auto-sensualidad reactivada).

3. Finalmente habría que tener en cuenta toda la dimensión re-narcisista de algunos fenómenos regresivos en torno a ciertos síntomas, pero todos los esos aspectos, como hemos dicho, concurren más a una tentativa de dominio que a una verdadera autonomía.

Dependencia y autonomía con respecto a los medicamentos y dispositivos terapéuticos

1. Dejamos de lado la cuestión de la dependencia biológica con respecto a algunos productos, cuestión que requeriría por sí sola todo un estudio, teniendo en cuenta el hecho de que en el niño la madurez neurobiológica no ha finalizado todavía. Esto trae consigo particularidades que son poco conocidas hasta el momento poco controlables.

   Sin embargo, podríamos acercar la utilización pervertida de ciertas substancias terapéuticas como la insulina, a

veces manipulada activamente por los niños o adolescentes diabéticos, a la búsqueda de hipoglucemias provocadas cuya vivencia ha sido erotizada por ellos.

J. COCTEAU nos ha aportado mucho sobre este tema.

2. También aparece aquí la cuestión de la dependencia psíquica que obliga a pensar por ejemplo en la influencia de la vía administrativa de ciertas substancias terapéuticas y de la naturaleza de los cuidados en la libidinización del tratamiento, y a pensar también en la integración de la imagen del propio cuerpo, de ciertos dispositivos terapéuticos (prótesis, bombas...)

   A todo esto, se añade el problema de la sugestión cuyo efecto puede ser un juego sobre cualquier prescripción y sabemos que sugestión e independencia no son muy amigas.

3. Dentro del marco de ciertas patologías, como la diabetes, hemos podido poner en marcha métodos para responsabilizar al niño del tratamiento de larga duración (autocontrol de la glucemia) que por supuesto apuntan a una autonomización activa, tal como hemos podido estudiar más profundamente en el hospital Saint Vincent de Paul.

   Este intento de autonomización inducida provoca distintos problemas en el niño, en el adolescente y vuelve a cuestionar en parte el mecanismo de identificación con el agresor.

Dependencia y autonomía con respecto a los asistentes:

1. La enfermedad somática crónica da lugar a una modificación y una extrapolación de la triangulación edípica a causa de la inserción del equipo cuidador entre el niño y sus padres.

Los imagos de los padres van a modificarse y frente a ese proceso el grado de autonomía del niño es débil.

2. También hemos visto cómo las medidas médicas y los cuidados terapéuticos pueden reactivar una situación de seducción originaria para el niño.

   Aquí el grado de independencia parece todavía bastante restringido.

3. Finalmente el proceso de investimiento/desinvestimiento por parte de los padres y de los cuidadores será al que se aferre el niño enfermo y ciertos niños, más que otros, se revelan como excelentes terapeutas de las depresiones de su entorno incluso cuando el pronóstico que les concierne es duro.

Finalmente:

Está claro que el proceso de dependencia puede jugarse y establecerse tanto respecto a los síntomas como respecto a las medidas terapéuticas o respecto a los cuidadores.

La cuestión más compleja que aparece es la de la autonomía, es decir, la del distanciarse con respecto a la situación patológica en su conjunto así como la de la elaboración psíquica que parece deseable.

Sin embargo, ¿acaso la mentalización o la verbalización de los conflictos son las únicas garantías de ese proceso de autonomización?

Se puede pensar de todas formas que la posibilidad de un cierto juego con las representaciones mentales suscitadas por la enfermedad es un elemento importante en el retroceso, tanto si se trata de representaciones de cosas como de representaciones de palabras.

En cuanto a la conflictualización del par dependencia/autonomía, conocemos su impacto en la mayor o menor sensibili-

dad de las medidas terapéuticas (por parte delos beneficios secundarios) y sería trabajoso aportar una perspectiva de la noción de dependencia dentro del marco de la enfermedad somática y de los fenómenos de resistencia dentro del marco de la cura psicoterapéutica.

A MODO DE CONCLUSION

Unicamente diremos que la asistencia psicológica al niño aquejado de una enfermedad somática grave, con vistas a incrementar su autonomía, cuestionan ciertos aspectos:

- El aspecto de la sensibilización de los futuros pediatras en cuanto a ese aspecto de su disciplina.
- La cuestión del lugar de la función "psi" en el seno de los servicios de pediatría, implicando claramente una humanización necesaria de los cuidados frente a una tecnología asumida, una reflexión acerca del lugar de las hospitalizaciones padre-niño y una elaboración de la escucha "psi" en primera y segunda línea.
- El aspecto de la dinámica familiar frente a la enfermedad somática crónica del niño, la ayuda a los padres formando parte de los cuidados, aunque se trate de una aportación indirecta.

Pero en último término, aparece la verdadera cuestión de la propia posibilidad de la autonomización del niño gravemente enfermo y de la distancia justa que hay que lograr entre dependencia e independencia, teniendo en cuenta la "necesidad de dependencia" que tampoco hay que subestimar.

Poder lograr el apoyo sobre el cual, para lograr desprenderse: ésta sería en cierto modo esa justa distancia.

Si, en cuanto al desarrollo normal, ser autónomo consiste en poder quedarse solo ("ahora que eres mayor, puedes con-

seguirlo tú solo"), parece, al contrario que en el caso de la enfermedad somática crónica, que ser autónomo es poder estar-junto-a-alguien mientras quede tiempo, es decir no deber sino simplemente poder comunicar, sin seducción ni reticencia.

Comunicar realmente de persona a persona, se por medio de palabras o no.

Que esto sea posible no implica que sea obligado.

Esto supone evidentemente un cierto control de la angustia, tanto en los adultos como en el niño, con el fin de abrir el campo de las representaciones posibles.

Únicamente a ese precio, en su enfermedad, el niño podrá conquistar una parcela de autonomía, dicho de otra forma, convertirse en filósofo. No resignado, por supuesto, pero sí un filósofo en el sentido de que se ha podido decir que el niño era un filósofo por excelencia a la vez que poeta y teórico.

BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA, J. DE: “L’ enfant, la maladie et le hándicap physique”. In: “Manuel de Psychiatrie de l’enfant”, 2è de, pp. 941-966. Paris, Masson, 1977.

AJURIAGUERRA, J. DE; MARCELLI, D.: “L’enfant et le monde médical”. In: “Psycopathologie de l’enfant”, pp. 424-437. Paris, Masson, 1982.

ALBY, N.; ALBY, J. M.: “L’intervention psychologique dans un centre de recherches et de traitement d’hématologie”. “Psichiatrie de l’Enfant”, 1971, 14,2,465-501.

CANGUILHEM, G.: “Le normal et le pathologique”. Paris, PUF, 1975.

FREUD, A.: “Le normal et le pathologique chez l’enfant”. Paris, Gallimard (coll. “Connaissance de l’Inconscient”), 1976.

FREUD, A.; BERGMANN, Th.: “Les enfants malades-Introduction à leur compréhension psychanalytique”. Toulouse,1976.

GUTTON, PH.: “Apropos de l’évolution psychologique des enfants atteints de maladie chronique: réflexion sur la méthodologie des recherches actuelles”. Revu. Neuropsychitr. Infanti. Hyg. ment. Enfance,1976, 24, 7-8, 375-385.

KIPMAN, S.D.: “L’enfant et les sortilèges dela maladie-Fantasmes et réalités de l’enfant malade, des soignants et de sa famille”. Paris, Stock, 1981.

KREISLER, L.: “Pédiatrie et Psychiatrie de l’enfant: l’enfant malade”. In: LEBOVICI, S.; DIATKINE, R.; SOULE, M.: “Traité de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescence” (t. 1). Paris, PUF, 1985.

LAPLANCHE, J.: “Nouveau fondements pour la psychanalyse”. Paris, PUF (coll “Bibliothèque de Psychoanalyse”), 1987.

MAIRESSE, A. M.; GOLSE, B.: “Aspects psycho-pathologiques au cours du diabète infanto-juvénile”. In: “Entretiens de Bichat”. Paris,1989.

MAZET, PH.; HOUZEL, D.: “Les conséquences psychologiques del maladies somatiques”. In: MAZET, PH.; HOUZEL, D.: “Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent”. Paris, Maloine, 1978.

RAIMBAULT, G.: “Médecins d’enfants (onze pédiatres, une psychonalyste)”. Paris, Le Sueil (Coll. “Le champ Freudien”), 1973.

RAIMBAULT, G.: “L’enfant et la mort- Des enfants malades parlent de la mort: problèmes de la clinique du deuil”. Toulouse, Privat (Coll. “educateurs”), 1975.

RAIMBAULT, G.: “Clinique du réel- ILa psychanalyse et les frontières du médical”. Paris, Le seuil,1982.

OBRAS COLECTIVAS

"L'enfant devant la maladie et la mort", Tome 2, In: "Lénfant dans la famille. Livre annuel international de psychiatrie infantile et des professions associées, publié sous la direction" de E. J. ANTHONY et C. KOUPERNIK. Paris, Massaon, 1974.

"Psychologie et psychopathologie des enfants atteints d'une maladie organique chronique" (Congrès du groupement français d'Etudes de Neuro-psycopathologie infantile de 1976, sous la direction du Pr D. ANZIEU). Rev. Neuropsychiatr. infant. Hyg. Ment. Enfance, 1976, 24, 7-8

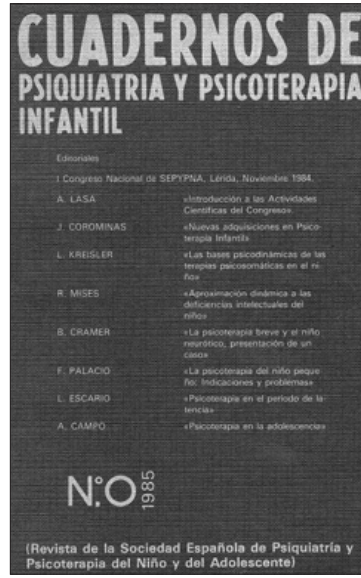
"L'enfant malade et son corps" (numéro préoaré par P. FERRARI et R. LAZAROVICI). Lieux de l'enfance, 1987, 9-10. Privat, Toulouse, 1987.

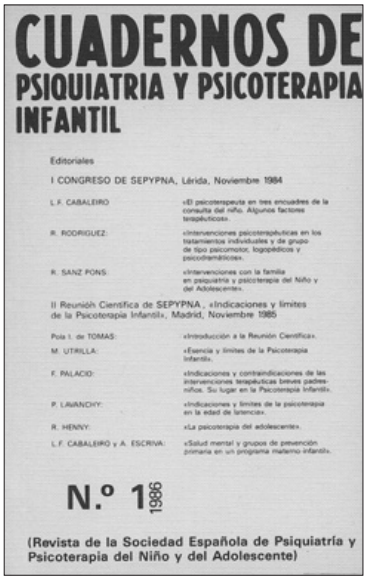
INDICE

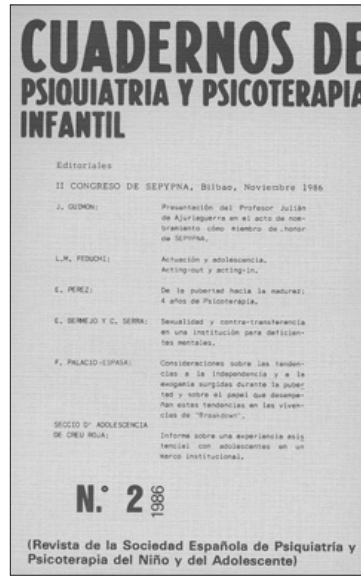
Números publicados hasta 1996

Indice por autores de los números 0 al 22

NUMEROS PUBLICADOS HASTA 1996







CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

R. DIATKINE — Preadolescencia, adolescencia y pubertad

P. GUTTON — Estatuto del cuerpo en la Psicopatología de la pubertad

R. BASSOLS — Comportamientos Psicopáticos en la adolescencia: aspectos teórico-clínicos

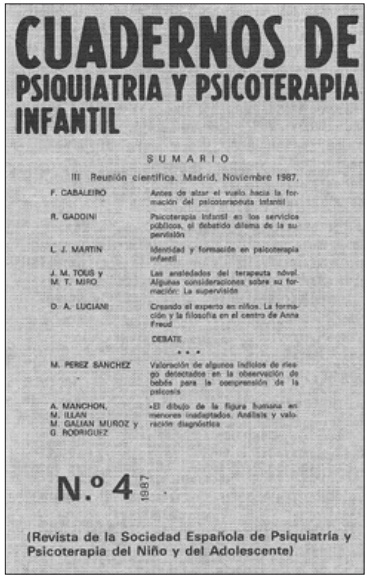
A. LASA — El acercamiento Terapéutico en la pubertad

F. MARTI FELIPO y J. DIAZ-CURIEL — Los padres en el contenido manifiesto de los sueños en la preadolescencia

M. ORDEGUI y J. RAILLO — Abordaje Psicoterapéutico del adolescente en la institución

N.º 3 1987

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)



CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Reunión científica. Madrid, Noviembre 1987.

F. CABALEIRO — Antes de alzar el vuelo hacia la formación del psicoterapeuta infantil

R. GADOINI — Psicoterapia Infantil en los servicios públicos, el debatido dilema de la supervisión

L. J. MARTIN — Identidad y formación en psicoterapia infantil

J. M. TOUS y M. T. MIRO — Las analeladas del terapeuta nóvel. Algunas consideraciones sobre su formación: La supervisión

D. A. LUCIANI — Creando el experto en niños. La formación y la filosofía en el centro de Anna Freud

DEBATE

* * *

M. PEREZ SANCHEZ — Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la psicosis

A. MANCHON, M. ILLAN, M. GALIAN MUÑOZ y G. RODRIGUEZ — «El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica»

N.º 4 1987

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

JORNADAS SOBRE ADOLESCENCIA Y PSICOSIS
SAN SEBASTIAN, MARZO 1988

L. F. CABALEIRO: «A modo de introducción al tema de las jornadas».

PH. GUTTON: «Algunas ideas nuevas sobre la psicosis en la adolescencia».

PH. JEAMMET: «Problemas terapéuticos en la psicosis del adolescente».

* * *

F. PALACIO ESPASA: «Repercusiones sobre la vida mental y simbólica de los diversos funcionamientos psicóticos infantiles».

R. RODRIGUEZ: «Intricación entre el proceso delirante y el proceso defícitario de las psicosis infantiles».

A. CAMPO: «El pensamiento y la culpa en la personalidad psicopática».

N.º 5 1988

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Congreso Nacional de SEPYPNA
(Palma de Mallorca, Octubre 1988)

M. SOULE y R. GOLSE: «Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido»

M. GITNACHT: «Organos de los sentidos y estructuras psíquicas»

M. PEREZ SANCHEZ: «Observación de bebés. Su importancia para la comprensión del desarrollo, psicopatología y prevención»

L. F. CABALEIRO: «Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil»

Comunicaciones libres

J. PERTEJO: Recesión

N.º 6 1988

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

J. MANZANO: «Estudios sobre las raices de la patología psicótica y borderline en la adolescencia. Estado actual de nuestra investigación»

J. C. METRAUX: «El papel de los promotores de salud en la atención a los huérfanos de guerra: descripción de un proceso»

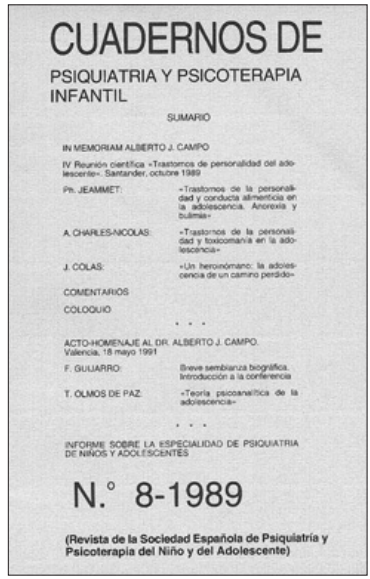
W. BETTSCHART: «De lo racional y de lo irracional en la relación padres-hijos.»

A. SCHTEINGART: «Relación precoz y ciertas manifestaciones psicosomáticas en el psicoanálisis de adultos»

J. PERTEJO: «Las disarmonías evolutivas: concepto y clasificación en la C.F.T.M.N.A. de Roger MISES y colaboradores»

N.º 7-1989

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)



CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

IN MEMORIAM ALBERTO J. CAMPO

IV Reunión científica «Trastornos de personalidad del adolescente». Santander, octubre 1989

Ph. JEAMMET: «Trastornos de la personalidad y conducta alimentícia en la adolescencia. Anorexia y bulimia»

A. CHARLES-NICOLAS: «Trastornos de la personalidad y toxicomanía en la adolescencia»

J. COLAS: «Un heroinómano: la adolescencia de un camino perdido»

COMENTARIOS

COLOQUIO

* * *

ACTO-HOMENAJE AL DR. ALBERTO J. CAMPO. Valencia, 18 mayo 1991

F. GIUJARRO: Breve semblanza biográfica. Introducción a la conferencia

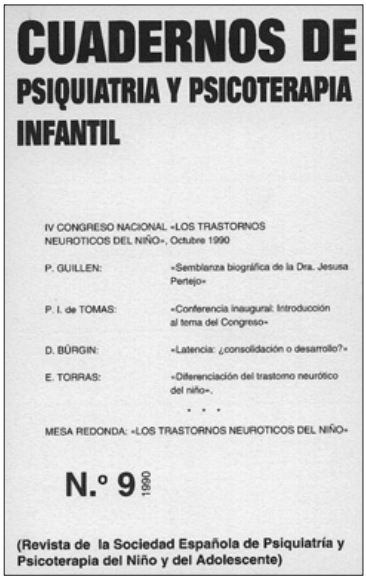
T. OLMOS DE PAZ: «Teoría psicoanalítica de la adolescencia»

* * *

INFORME SOBRE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

N.º 8-1989

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)



CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

IV CONGRESO NACIONAL «LOS TRASTORNOS NEUROTICOS DEL NIÑO», Octubre 1990

P. GUILLEN: «Semblanza biográfica de la Dra. Jesusa Pertejo»

P. I. de TOMAS: «Conferencia inaugural: Introducción al tema del Congreso»

D. BÜRGIN: «Latencia: ¿consolidación o desarrollo?»

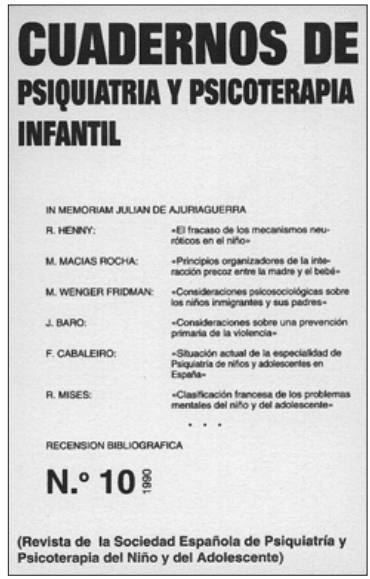
E. TORRAS: «Diferenciación del trastorno neurótico del niño».

* * *

MESA REDONDA: «LOS TRASTORNOS NEUROTICOS DEL NIÑO»

N.º 9 1990

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)



CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

IN MEMORIAM JULIAN DE AJURIAGUERRA

R. HENNY: «El fracaso de los mecanismos neuróticos en el niño»

M. MACIAS ROCHA: «Principios organizadores de la interacción precoz entre la madre y el bebé»

M. WENGER FRIDMAN: «Consideraciones psicosociológicas sobre los niños inmigrantes y sus padres»

J. BARO: «Consideraciones sobre una prevención primaria de la violencia»

F. CABALEIRO: «Situación actual de la especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes en España»

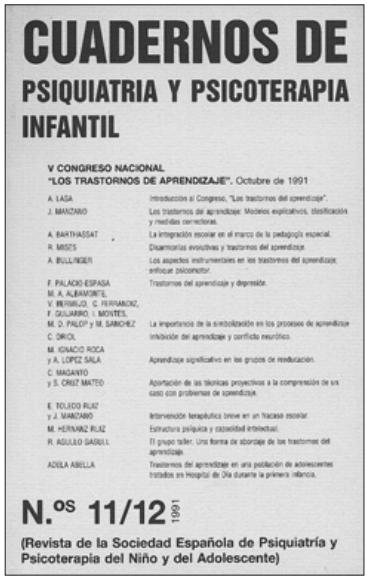
R. MISES: «Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente»

* * *

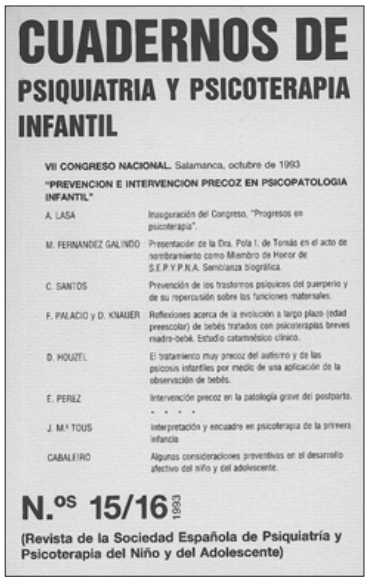
RECENSION BIBLIOGRAFICA

N.º 10 1990

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)


CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL
V CONGRESO NACIONAL
"LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE". Octubre de 1991
A. LASA — Introducción al Congreso, "Los trastornos del aprendizaje".
J. MANZANO — Los trastornos del aprendizaje: Modelos explicativos, clasificación y medidas correctoras.
A. BARTHASSAT — La integración escolar en el marco de la pedagogía especial.
R. MISES — Disarmonías evolutivas y trastornos del aprendizaje.
A. BULLINGER — Los aspectos instrumentales en los trastornos del aprendizaje: enfoque psicomotor.
F. PALACIO-ESPASA, M. A. ALBAMONTE, V. BERMEJO, C. FERRANDIZ, F. GUIJARRO, I. MONTES, M. D. PALOP y M. SANCHEZ — Trastornos del aprendizaje y depresión.
C. DIROL — La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje: Inhibición del aprendizaje y conflicto neurótico.
M. IGNACIO ROCA y A. LOPEZ SALA — Aprendizaje significativo en los grupos de reeducación.
C. MAGANTO y S. CRUZ MATEO — Aportación de las técnicas proyectivas a la comprensión de un caso con problemas de aprendizaje.
E. TOLEDO RUIZ y J. MANZANO — Intervención terapéutica breve en un fracaso escolar.
M. HERNAIZ RUIZ — Estructura psíquica y capacidad intelectual.
R. AGULLO GABULL — El grupo taller. Una forma de abordaje de los trastornos del aprendizaje.
ADELA ABELLA — Trastornos del aprendizaje en una población de adolescentes tratados en Hospital de Día durante la primera infancia.
N.os 11/12 1991
(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL
VI CONGRESO NACIONAL
"PROGRESOS EN PSICOTERAPIA". Octubre de 1992
J. MANZANO — Introducción al Congreso, "Progresos en psicoterapia".
J. COROMINAS — Nuevas aportaciones a la comprensión de la psicosis.
P. F. KERNBERG — La psicoterapia en niños con patología narcisista.
E. TORRAS — Los grupos en la atención psicoterapéutica en la infancia y la adolescencia.
L. ESCARIO — Contención y comprensión en intervenciones psicoterapéuticas breves.
R. RODRIGUEZ y A. L. VON SIEBENTHAL-RODRIGUEZ — Interpretaciones psicoterapéuticas en niños que han padecido traumatismos perinatales.
O. KERNBERG — La patología narcisista hoy.
J. IRURRETXO, C. MOLLINS, L. DE LA IGLESIA y E. MOLLEJO — Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.
A. LASA — Psicoterapia y autismo.
E. TOLEDO RUIZ y J. MANZANO — Entrevista, valoración e intervención terapéutica en un paciente borderline.
N.os 13/14 1992
(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)


CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL
VII CONGRESO NACIONAL. Salamanca, octubre de 1993
"PREVENCION E INTERVENCION PRECOZ EN PSICOPATOLOGIA INFANTIL"
A. LASA — Inauguración del Congreso, "Progresos en psicoterapia".
M. FERNANDEZ GALINDO — Presentación de la Dra. Pola I. de Tornás en el acto de nombramiento como Miembro de Honor de S.E.P.Y.P.N.A. Semblanza biográfica.
C. SANTOS — Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternales.
F. PALACIO y D. KNAUER — Reflexiones acerca de la evolución a largo plazo (edad preescolar) de bebés tratados con psicoterapias breves madre-bebé. Estudio catamnésico clínico.
D. HOUZEL — El tratamiento muy precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés.
E. PEREZ — Intervención precoz en la patología grave del postparto.
J. Mª TOUS — Interpretación y encuadre en psicoterapia de la primera infancia
CABALLEIRO — Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente.
N.os 15/16 1993
(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL
Toledo, octubre de 1994
VIII CONGRESO NACIONAL
"LA IDENTIDAD Y SUS TRASTORNOS"
A. LASA — Inauguración del Congreso: "Acerca de la identidad y sus trastornos".
R. BERNARDI — Los orígenes de la identidad.
J. MANZANO — Separación e identidad en psicoterapia de niños.
M. UTRILLA — Las identificaciones en el niño.
N. FILLAT — Reflexión sobre la identidad en una situación clínica particular.
N. BEA y E. TORRAS — El desarrollo de la identidad en el tratamiento de los niños pequeños.
G. ZEGRI — El desarrollo de la identidad en un grupo terapéutico de adolescentes.
M. MABRES — Sobre identificación e identidad sexual: datos clínicos.
C. ROBERT-TISSOT, S. RUSCONI-SERPA, J.-P. BACHMANN, G. BESSON, CRAMER, KNAUER, M. DE MURALT, F. PALACIO, D.N. STERN — Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.
N.os 17/18 1994
(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

IX CONGRESO NACIONAL Sevilla, noviembre 1995
"SUFRIMIENTO CORPORAL Y DESARROLLO PSÍQUICO: ENFERMEDAD Y VIOLENCIA EN LA INFANCIA"

R. HENNY	Metapsicología de la violencia.
B. CRAMER	Evolución psicológica de pacientes con enfermedades somáticas muy graves en la primera infancia.
M. SOULE	Aproximación psicodinámica a la neonatología
L. M. FEDUCHI	El adolescente y la violencia. Reflexiones clínicas
L. ESCARIO	Familia y violencia: los padres maltratados.
F. PANTOJA GARCIA	Aspectos jurídicos de los malos tratos a menores.
C. CULLERO FERNANDEZ y M. MENDOZA BERJANO	Abordaje psicoterapéutico del niño en hemodiálisis.
M. R. TARRAGO RIVEROLA	Síndrome de Münchausen por poderes: consideraciones sobre el diagnóstico. Valoración psicodinámica de la psicopatología parental.
M. IGNACIO ROCA	Posibilidades de crecimiento en la enfermedad
N. BEA TORRAS	Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico en un niño gemelo.
G. SETO MUSQUERA	La no aceptación y elaboración de la evolución personal y del sufrimiento psíquico dificulta la evolución psíquica.
E. DIO BLEICHMAR	Trauma y/o teoría traumática de la neurosis.
PH. JEAMMET	La identidad y sus trastornos en la adolescencia
P. F. KERNBERG	Psicoterapia de niños con trastornos de la identidad sexual.

N.os 19/20 1995

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

CUADERNOS DE
PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

X CONGRESO NACIONAL. Santander, octubre 1996
"Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica"

EDITORIAL	
ALBERTO LASA ZULUETA	Inauguración del Congreso: "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica".
JESUS COLAS SANJUAN	Intervenciones terapéuticas destinadas a la recuperación de las funciones parentales.
VIRGINIA MORA FEBRES	El juego: pensamiento sin palabras.
ALICIA ETCHEGOYEN	Intervenciones terapéuticas en el embarazo y el puerperio.
EULALIA TORRAS DE BEA	Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes: la dinámica subyacente.
COLETTE CHILAND	El trabajo con los padres.
MARTA TOLEDANO RAMON	Intervenciones psicoterapéuticas breves en la latencia desde un área básica de salud.
CARMEN ORIOL LOPEZ-MONTENEGRO y PAZ PEREZ-YARZA SAN SEBASTIAN	Aprovechamiento psicoterapéutico de los recursos públicos: una experiencia.
BERNARD GOLSE	Autonomía y dependencia psíquica en la enfermedad somática grave
INDICE	De sumarios y autores del número 0 al 22

N.os 21/22 1996

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

INDICE POR AUTORES DE LOS NUMEROS 0 AL 22

A

Abella Tudanca, Adela	*Trastornos del aprendizaje en una población de adolescentes tratados en Hospital de Día durante la primera infancia.*	11/12	1991	195-202
Agullo Gasull, Rosa	*El grupo taller. Una forma de abordaje de los trastornos del aprendizaje*	11/12	1991	187-194
Albamonte Llabres, María Angeles y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136

B

Bachmann, J.P. y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Baró Aylon, Jaume	*In memorian de Alberto J. Campo*	8	1989	5
Baró Aylon, Jaume	*Consideraciones sobre una prevención primaria de la violencia*	10	1990	77-84
Barthassat, A.	*La integración escolar en el marco de la pedagogía especial*	11/12	1991	41-58
Bassols, Ramón	*Comportamientos psicopáticos en la adolescencia: aspectos teórico-clínicos*	3	1987	59 - 74
Beà Torras, Nuria	*Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico en un niño gemelo.*	19/20	1995	125-132
Beàa Torras, Nuria y Col.	*El desarrollo de la identidad en el tratamiento de los niños pequeños*	17/18	1994	77-86
Bermejo Frigola, Enrique y Cols.	*Sexualidad y contratransferencia en una institución para deficientes mentales*	2	1986	64-74
Bermejo, Vicente y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Bernardi, Ricardo	*Los orígenes de la identidad*	17/18	1994	11-32

Besson, G. y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Bettschart, Walter	*De lo racional y de lo irracional en la relación padres-hijos.*	7	1989	57-76
Bullinger, A.	*Los aspectos instrumentales en los trastornos del aprendizaje: enfoque psicomotor.*	11/12	1991	77-86
Bürgin, Dieter	*Latencia: consolidación o desarrollo*	9	1990	21-44
Burrueco Arjona, Julia y Cols.	*Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.*	13/14	1992	155-168

C

Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*El psicoterapeuta en tres encuadres de la consulta del niño. Algunos factores terapéuticos.*	1	1986	5-14
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando y Col.	*Salud Mental y grupos de prevención primaria en un programa materno-infantil*	1	1986	149-157
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Antes de alzar el vuelo hacia la formación del psicoterapeuta infantil*	4	1987	5-10
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Introducción a las Jornadas "Psicosis y adolescencia"*	5	1988	5-10
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil*	6	1988	87-113
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Situación actual de la especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes en España.*	10	1990	85-104
Cabaleiro Fabeiro, Luis Fernando	*Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente.*	15/16	1993	137-164
Campo, Alberto J.	*Psicoterapia en la adolescencia*	0	1985	115-123
Campo, Alberto J.	*El pensamiento y la culpa en la personalidad psicopática.*	5	1988	91-141

Colas Sanjuán, Jesús	*Una psicosis infantil repetición de una temprana retirada libidinal. Reflexiones sobre una experiencia terapéutica.*	6	1988	131-146
Colas Sanjuán, Jesús	*Un heroinómano: la adolescencia de un camino perdido.*	8	1989	41-61
Colas Sanjuán, Jesús	*Intervenciones terapéuticas destinadas a la recuperación de las funciones parentales*	21/22	1996	15-48
Coordinadora general de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia	*Informe sobre la especialidad en psiquiatría de niños y adolescentes*	8	1989	111-119
Coroninas Vigneaure, Julia	*Nuevas adquisiciones en psicoterapia*	0	1985	15-32
Coroninas Vigneaure, Julia	*Nuevas aportaciones a la comprensión de la psicosis*	13/14	1992	9-30
Cramer, Bertrand	*La psicoterapia breve y el niño neurótico: presentación de un caso.*	0	1985	77-90
Cramer, Bertrand y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Cramer, Bertrand	*Evolución psicológica de pacientes con enfermedades somáticas muy graves en la primera infancia*	19/20	1995	25-38
Cruz Saez, Soledad y Col.	*Aportación de las técnicas proyectivas a la comprensión de un caso con problemas de aprendizaje.*	11/12	1991	153-170
Culebro Fernandez, Carmen y Col.	*Abordaje psicoterapéutico del niño en hemodiálisis*	19/20	1995	91-108
Charles-Nicolás, Aimé	*Trastornos de la personalidad y toxicomanías en la adolescencia*	8	1989	25-40
Chiland, Colette	*El trabajo con los padres*	21/22	1996	105-120
D				
Diatkine, René	*Preadolescencia, adolescencia y pubertad*	3	1987	5-30

Diaz Curiel, J. y Col.	*Los padres en el contenido manifiesto de los sueños en la adolescencia.*	3	1987	107-122
Dio Bleichmar, Emilce	*Trauma y/o teoría traumática de la neurosis*	19/20	1995	143-160

E

Echegoyen, Alicia	*Intervenciones terapéuticas en el embarazo y el puerperio.*	21/22	1996	57-82
Escario, Leticia	*Psicoterapia en el período de latencia*	0	1985	101-114
Escario, Leticia	*Contención y comprensión en intervenciones psicoterapéuticas breves*	13/14	1992	69-82
Escario, Leticia	*Familia y violencia: los padres maltratados.*	19/20	1995	59-72
Escriva Catala, Amparo y Col.	*Salud Mental y grupos de prevención primaria en un programa materno-infantil*	1	1986	149-157

F

Feduchi, Luis M.	*Actuación y adolescencia. Acting-out y acting-in*	2	1986	17-36
Feduchi, Luis M.	*El adolescente y la violencia*	19/20	1995	47-58
Fernández-Galindo, María Angeles	*Presentación de la Dra. Pola Y. de Tomás en el acto de nombramiento como Miembro de Honor de SEPYPNA. Semblanza biográfica*	15/16	1993	13-20
Ferrandiz Ferragut, Carmen y Cols	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Fillat Travesset, Nuria	*Proceso terapéutico y relación de objeto. Presentación de un caso clínico.*	6	1988	117-126
Fillat Travesset, Nuria	*Reflexión sobre la identidad en una situación clínica particular.*	17/18	1994	65-76

G

Gaddini, Renata	*Psicoterapia infantil en los servicios públicos, el debatido tema de la supervisión.*	4	1987	11-32

Galian Muñoz y otros	*El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica.*	4	1987	123-139
Gitnacht, Mauricio	*Organos de los sentidos y estructuras psíquicas*	6	1988	37-58
Golse, Bernard y Col.	*Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido.*	6	1988	7-36
Golse, Bernard	*Autonomía y dependencia psíquica en la enfermedad somática grave.*	21/22	1996	139-154
Guijarro Bernal, Fuensanta	*Introducción a la conferencia de Teresa Olmos de Paz "Teoría psicoanalítica de la adolescencia"*	8	1989	85-90
Guijarro Bernal, Fuensanta y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Guillem Nacher, Pedro	*Semblanza biográfica de la Dra. Jesusa Pertejo*	9	1990	5-11
Guimón Ugartechea, José	*Presentación del Profesor Julián Ajuriaguerra en el acto de nombramiento como miembro de honor de SEPYPNA.*	2	1986	1-16
Gutton, Philippe	*Algunas ideas nuevas sobre la psicosis en la adolescencia*	5	1988	11-26
Gutton, Philippe	*Estatuto del cuerpo en la psicopatología de la pubertad.*	3	1987	31 - 58

H

Henny, René	*La psicoterapia del adolescente*	1	1986	129-148
Henny, René	*El fracaso de los mecanismos neuróticos en el niño.*	10	1990	11-44
Henny, René	*Metapsicología de la violencia*	19/20	1995	5-24
Hernanz Ruiz, Manuel	*Estructura psíquica y capacidad intelectual*	11/12	1991	179-186
Houzel, Didier	*El tratamiento muy precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés.*	15/16	1993	73-96

I

Iglesia, Laura De la y Cols	*Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.*	13/14	1992	155-168
Ignacio Roca, María y Col.	*Aprendizaje significativo en los grupos de reeducación.*	11/12	1991	145-152
Ignacio Roca, María	*Posibilidades de crecimiento en la enfermedad.*	19/20	1995	115-124
Illan, Micaela y Cols	*El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica.*	4	1987	123-139

J

Jeammet, Philippe	*Trastornos de la personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia: anorexia y bulimia.*	8	1989	7-24
Jeammet, Philippe	*Problemas terapéuticos en la psicosis del adolescente*	5	1988	27-54
Jeammet, Philippe	*La identidad y sus trastornos en la adolescencia*	19/20	1995	161-178

K

Kernberg, Otto	*La patología narcisista hoy*	13/14	1992	101-154
Kernberg, Paulina F.	*La psicoterapia en niños con patología narcisista*	13/14	1992	31-50
Kernberg, Paulina F.	*Psicoterapia de niños con trastornos de la identidad sexual*	19/20	1995	179-195
Knauer, D.	*Reflexiones acerca de la evolución a largo plazo (edad preescolar) de bebés tratados con psicoterapias madre-bebé. Estudio catamnésico clínico.*	15/16	1993	47-72
Knauer D.y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Kreisler, León	*Bases psicodinámicas de las psicoterapias psicosomáticas en el niño.*	0	1985	33-51

L

Lasa Zulueta, Alberto	*Introducción a las actividades científicas del I Congreso Nacional*	0	1985	11-14
Lasa Zulueta, Alberto	*El acercamiento terapéutico en la pubertad.*	3	1987	75-106
Lasa Zulueta, Alberto	*Mesa redonda:"Los trastornos neuróticos del niño"*	9	1990	91-131
Lasa Zulueta, Alberto	*In Memorian Julián de Ajuriaguerra (1911-1993)*	10	1990	5-10
Lasa Zulueta, Alberto	*Introducción al V Congreso Nacional "Los trastornos del aprendizaje"*	11/12	1991	5-16
Lasa Zulueta, Alberto	*Psicoterapia y autismo.*	13/14	1992	169-178
Lasa Zulueta, Alberto	*Inauguración del VII Congreso Nacional "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil" Sobre los fundamentos del psiquismo.*	15/16	1993	5-12
Lasa Zulueta, Alberto	*Inauguración del VIII Congreso Nacional: "La identidad y sus trastornos".*	17/18	1994	5-10
Lasa Zulueta, Alberto	*Inauguración del X Congreso Nacional "Intervenciones terapéuticas en la práctica clínica".*	21/22	1996	9-14
Lavanchy, Pierrette	*Indicaciones y límites de la psicoterapia en la edad de latencia.*	1	1986	113-128
Lopez Sala, Adria. y Col.	*Aprendizaje significativo en los grupos de reeducación.*	11/12	1991	145-152
Luciani, Dorothy A.	*Creando el experto en niños. La formación y la filosofía en el centro Anna Freud.*	4	1987	67-88

M

Mabres, M.	*Sobre identificación e identidad sexual: datos clínicos*	17/18	1994	93-106
Macias Rocha, Manuel	*Principios organizadores de la interacción precoz entre la madre y el bebé.*	10	1990	45-64

Maganto Mateo, Carmen y Col.	*Aportación de las técnicas proyectivas a la comprensión de un caso con problemas de aprendizaje.*	11/12	1991	153-170
Manchon, Alicia y Cols.	*El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica.*	4	1987	123-139
Manzano Garrido, Juan	*Estudios sobre las raíces de la patología psicótica y borderline en la adolescencia. Estado actual de nuestra investigación*	7	1989	7-28
Manzano Garrido, Juan	*Mesa redonda:"Los trastornos neuróticos del niño"*	9	1990	91-131
Manzano Garrido, Juan	*Los trastornos del aprendizaje: Modelos explicativos, clasificación y medidas correctoras*	11/12	1991	17-40
Manzano Garrido, Juan y Col.	*Intervención terapéutica breve en un fracaso escolar*	11/12	1991	171-178
Manzano Garrido, Juan	*Introducción al congreso: "Progresos en psicoterapia".*	13/14	1992	5-8
Manzano Garrido, Juan y Col.	*Entrevista, valoración e intervención terapéutica en un paciente borderline*	13/14	1992	179-191
Manzano Garrido, Juan	*Separación e identidad en psicoterapia de niños*	17/18	1994	33-44
Marti Filipo, Francisco y Col.	*Los padres en el contenido manifiesto de los sueños en la adolescencia.*	3	1987	107 - 122
Martin Cabré, Luis Jorge	*Identidad y formación en psicoterapia infantil.*	4	1987	33-50
Martin Cabré, Luis Jorge	*Mesa redonda:"Los trastornos neuróticos del niño"*	9	1990	91-131
Mendoza Berjano, Elisa y Col.	*Abordaje psicoterapéutico del niño en hemodiálisis*	19/20	1995	91-108
Metraux, Jean Claude	*El papel de los promotores de salud en la atención a los huérfanos de guerra: descripción de un proceso.*	7	1989	29-56
Miro, M.T y Cols.	*Las ansiedades del terapeuta novel. Algunas consideraciones sobre su formación: la supervisión.*	4	1987	51-66

Mises, Roger	*Aproximación dinámica a las deficiencias intelectuales del niño.*	0	1985	53-75
Mises, Roger	*Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente*	10	1990	105-194
Mises, Roger	*Disarmonías evolutivas y trastornos del aprendizaje*	11/12	1991	59-76
Mollejo Aparicio, Encarnación y Cols.	*Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.*	13/14	1992	155-168
Molins Garrido, Cristina y Cols.	*Encuentros y divergencias en un grupo paralelo de niños y madres.*	13/14	1992	155-168
Montes Cebrian, Inmaculada y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Mora Febres, Virginia	*El juego: pensamiento sin palabras.*	21/22	1996	48-56
Muralt, M. de y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147

O

Olmos de Paz, Teresa	*Teoría psicoanalítica de la adolescencia*	8	1989	91-110
Oregui, M. y Col.	*Abordaje psicoterapéutico del adolescente en la institución.*	3	1987	123 -130
Oriol López-Montenegro, Carmen	*Inhibición del aprendizaje y conflicto neurótico*	11/12	1991	137-144
Oriol López-Montenegro, Carmen y Cols.	*Aprovechamiento psicoterapéutico de los recursos públicos: una experiencia.*	21/22	1996	129-138

P

Palacio Espasa, Francisco	*La psicoterapia en los niños pequeños: sus indicaciones y problemas.*	0	1985	91-99
Palacio Espasa, Francisco	*Indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves padres-niños. Su lugar en la psicoterapia infantil.*	1	1986	99-112

Palacio Espasa, Francisco	*Consideraciones sobre las tendencias a la independencia y a la exogamia surgidas durante la pubertad y sobre el papel que desempeñan estas tendencias en las vivencias de "Breakdown".*	2	1986	75-113
Palacio Espasa, Francisco	*Repercusiones sobre la vida mental y simbólica de los diversos funcionamientos psicóticos infantiles*	5	1988	55-78
Palacio Espasa, Francisco	*Trastornos del aprendizaje y depresión.*	11/12	1991	86-108
Palacio Espasa, Francisco y Col.	*Reflexiones acerca de la evolución a largo plazo (edad preescolar) de bebés tratados con psicoterapias madre-bebé. Estudio catamnésico clínico.*	15/16	1993	47-72
Palacio Espasa, Francisco y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Pantoja Garcia, Felix	*Aspectos jurídicos de los malos tratos a menores*	19/20	1995	73-90
Pérez Crim, Elena	*De la pubertad hacia la madurez: cuatro años de psicoterapia.*	2	1986	37-63
Pérez Crim, Elena	*Intervención precoz en la patología grave del postparto.*	15/16	1993	97-122
Pérez Sánchez, Manuel	*Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la psicosis.*	4	1987	97-122
Pérez Sánchez, Manuel	*Observación de bebés. Su importancia para la comprensión del desarrollo, psicopatología y prevención.*	6	1988	59-86
Pérez Yarza San Sebastián, Paz y Col.	*Aprovechamiento psicoterapéutico de los recursos públicos: una experiencia.*	21/22	1996	129-138
Pertejo Seseña, Jesusa	*Recensión sobre la Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente.*	6	1988	149-160

Pertejo Seseña, Jesusa	*Las disarmonías evolutivas: concepto y clasificación de la C.F.T.M.N.A. de Roger Mises y colaboradores.*	7	1989	95-111
Puertas Tejedor, Pilar	*El gigante desinflado*	6	1988	127-130

R

Rallo Romero, J. y Col.	*Abordaje psicoterapéutico del adolescente en la institución.*	3	1987	123 -130
Robert-Tissot, C. y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147
Rodríguez Daimiel, Graciela y otros	*El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica.*	4	1987	123-139
Rodríguez García, Rodolfo	*Intervenciones psicoterapéuticas en los tratamientos individuales y de grupo de tipo psicomotor, logopédicos y psicodramáticos*	1	1986	15-50
Rodríguez García, Rodolfo	*Intrincación entre el proceso delirante y el proceso deficitario de las psicosis infantiles.*	5	1988	79-90
Rodríguez García, Rodolfo y Col.	*Interpretaciones psicoterapéuticas en niños que han padecido traumatismos perinatales*	13/14	1992	83-100
Rusconi-Serpa, S. y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147

S

Sánchez Durá, Margarita y Cols.	*La importancia de la simbolización en los procesos de aprendizaje*	11/12	1991	109-136
Santos Castroviejo, Concepción	*Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones parentales.*	15/16	1993	21-46
Sanz Pons, Ricardo	*Intervenciones con la familia en psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente.*	1	1986	51-76

Schteingart, Alicia	*Relación precoz y ciertas manifestaciones psicosomáticas en el psicoanálisis de adultos.*	7	1989	77-94
Secció d'adolescencia de Creu Roja (Barcelona)	*Informe sobre una experiencia asistencial con adolescentes en un marco institucional.*	2	1986	114-125
Serra Oliver, Cristobal y Col.	*Sexualidad y contratransferencia en una institución para deficientes mentales*	2	1986	64-74
Seto Musquera, Gloria	*La no aceptación y elaboración de la evolución personal y del sufrimiento psíquico dificulta la evolución psíquica.*	19/20	1995	133-142
Siebenthal-Rodriguez, Anne-Lise Von, y col.	*Interpretaciones psicoterapéuticas en niños que han padecido traumatismos perinatales*	13/14	1992	83-100
Soulé Michel y Col.	*Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido.*	6	1988	7-36
Soulé, Michel	*Aproximación psicodinámica a la neonatología*	19/20	1995	39-46
Stern, D. N. y Cols.	*Cuestionario "Symptom Check-List" evaluación de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia.*	17/18	1994	107-147

T

Tarrago Riverola, M. Remei	*Síndrome de Münchausen por poderes: consideraciones sobre el diagnóstico. Valoración psicodinámica de la psicopatología parental.*	19/20	1995	109-114
Toledano Ramón, Marta	*Intervenciones psicoterapéuticas breves en la latencia desde un área básica de salud.*	21/22	1996	121-128
Toledo Ruiz, Eutiquiana y Col.	*Intervención terapéutica breve en un fracaso escolar*	11/12	1991	171-178
Toledo Ruiz, Eutiquiana y Col.	*Entrevista, valoración e intervención terapéutica en un paciente borderline*	13/14	1992	179-191

Tomas, Pola I de	*Introducción a la II Reunión Científica: "Indicaciones y límites de la psicoterapia infantil".*	1	1986	77-82
Tomas, Pola I de	*Conferencia inaugural del IV Congreso Nacional "Los trastornos neuróticos del niño". Introducción al tema del Congreso.*	9	1990	13-20
Torras de Beà, Eulàlia	*Diferenciación del trastorno neurótico del niño.*	9	1990	49-90
Torras de Beà, Eulàlia	*Los grupos en la atención psicoterapéutica en la infancia y en la adolescencia.*	13/14	1992	51-68
Torras de Beà, Eulàlia y Col.	*El desarrollo de la identidad en el tratamiento de los niños pequeños*	17/18	1994	77-86
Torras de Beà, Eulàlia	*Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes. La dinámica subyacente.*	21/22	1996	83-104
Tous Quetglas, Joana María y Cols.	*Las ansiedades del terapeuta novel. Algunas consideraciones sobre su formación: la supervisión.*	4	1987	51-66
Tous Quetglas, Joana María y Cols.	*Interpretación y encuadre en psicoterapia de la primera infancia.*	15/16	1993	123-136
U				
Utrilla Robles, Manuela	*Esencia y límites de la psicoterapia infantil*	1	1986	83-98
Utrilla Robles, Manuela	*Las identificaciones en el niño*	17/18	1994	45-64
V				
Valencia	*Acto-homenaje al Dr. Alberto J. Campo (18 mayo 1991).*	8	1989	79-81
W				
Wenger Fridman, Miriam	*Consideraciones psicosociológicas sobre los niños inmigrantes y sus padres.*	10	1990	65-76
Z				
Zegri, Gloria	*El desarrollo de la identidad en un grupo terapéutico de adolescentes*	17/18	1994	87-92